

DE LA LÈPRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement le Mardi 20 Juin 1882, à 3 heures de l'après-midi.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PHILIPPE HAHN

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

NÉ A STRASBOURG

NANCY

TYPOGRAPHIE G. CRÉPIN-LEBLOND, 14, GRAND'RUE

—
1882



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0033

DE LA LÈPRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement le Mardi 20 Juin 1882, à 3 heures de l'après-midi.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PHILIPPE HAHN

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

NÉ A STRASBOURG

NANCY

TYPOGRAPHIE G. CRÉPIN-LEBLOND, 14, GRAND'RUE

—
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES, *.

Doyen honoraire : M. STOLTZ, C *.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT, C *. CAILLIOT, *. STOLTZ, C *. SIMONIN *.
BACH, *.

Médecine légale	M. TOURDES *, professeur.	
Clinique externe.....	M. MICHEL *, professeur.	
Matière médicale et Thérapeutique.	M. COZE *, professeur.	M. BÉCHET, profes. adj.
Histologie	M. MOREL *, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT *, profes.	
Clinique obstétricale et accouchem ^{ts}	M. HERRGOTT *, profes.	M. ROUSSEL *, prof. adj. M. E. PARISOT, idem.
Pathologie génér. et Patho. interne.	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE *, prof. ad.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.	
Anatomie et Physiologie pathologiq.	M. FELTZ *, professeur.	
Chimie médicale et toxicologie	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, professeur.	
Anatomie génér., descrip. et topogr. .	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARRÉ, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Botanique et Hist. naturelle médicale.	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHLAGDENHAUFFEN,
SPILLMANN.
E. DEMANGE.

MM. A. HERRGOTT.
GARNIER.
WEISS.

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. FELTZ, *président* ; MM. V. PARISOT. DEMANGE père, SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES CHERS PARENTS

A MES SŒURS

A MON ONCLE G. WIRRMANN

Témoignage de reconnaissance.

A M. A. Cailliot,

Ancien Professeur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy.

Hommage respectueux

A Monsieur le Docteur Corre,

Médecin de Première Classe de la marine,

Professeur agrégé à l'Ecole de Médecine navale de Brest.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Feltz.

A mes Maîtres de la Marine.

A mes Amis.

INTRODUCTION

Ayant servi pendant six ans en qualité de médecin de la marine à la Guadeloupe, en Cochinchine et au Cambodge, j'ai eu souvent l'occasion de voir la Lèpre dans ces pays où elle fait encore de grands ravages. C'est le résultat de mon observation que je viens soumettre dans un travail d'ensemble à l'appréciation de mes juges.

Dans la première partie consacrée à l'Etude clinique, j'essaie de faire la description la plus minutieuse des différentes formes de la Lèpre.

Dans une deuxième partie, j'expose le diagnostic différentiel de cette maladie en faisant ressortir son analogie frappante pendant sa première période avec l'hypnosie.

Dans la troisième partie, je passe en revue les différentes opinions qui cherchent à expliquer sa pathogénie.

Viennent ensuite la distribution géographique et l'Étiologie dans une quatrième partie.

En dernier lieu la Prophylaxie et le Traitement.

Qu'il me soit permis d'adresser ici mes sincères remerciements à M. le docteur Corre, qui a bien voulu m'aider de ses utiles conseils.

DE LA LÈPRE

Lepra arabum, Elephantiasis græcorum ; Leprosy (des Anglais), Spedalskhed (des Norvégiens) ; Aussatz (des Allemands), Maltzeg (moyen âge) ; Limafalsk Island, malum mortuum, malmorto, mal rouge ou cocobé (Guyane) ; Juzam (Arabie) ; Krimaskaia, Lepra taurica, Rosa asturieusis, Kushta (Inde) ; Fa-fung (Chine) ; Kobau (Afrique) ; Ugereugere ou Zuwhenna (Nouvelle Zélande) ; Morbus phœnicus, morbus herculeus, ladrerie (de Lazare ou Ladre, le lépreux biblique), satyriasis leontasis, zaraath (des Hébreux), morphœa (Brésil) ; Spiloplaxia, Tyria, Komloug (des Cambodgiens) etc.

I. --- DÉFINITION

La lèpre est une affection constitutionnelle, héréditaire ou acquise, contagieuse en certaines conditions, caractérisée par des troubles de nutrition généraux, qui se traduisent à l'appareil tégumentaire et dans les parenchymes par des transformations histologiques à tendances dégénératives et destructives.

II. --- ÉTUDE CLINIQUE

La lèpre se présente sous deux formes principales et sous plusieurs formes secondaires.

A. — FORMES PRINCIPALES

I. — Lèpre tuberculeuse, commune (tubéreuse, noueuse, phymatode, léonine, etc.)

Dans une première période, qui passe fréquemment inaperçue et que l'on doit appeler *prodromique*, les malades sont tristes, abattus, fatigués par le moindre effort physique ou intellectuel ; ils éprouvent un penchant irrésistible au sommeil, de l'inappétence, des nausées, des éructations, de la cardialgie, des frissons, et quelquefois des accès de fièvre, le soir.

Au bout d'un temps variable, apparaissent des taches qui marquent le début de la deuxième période.

Ces taches sont d'un rouge plus ou moins intense ou de couleur jaunâtre, fauve, cuivrée ; elles ne s'effacent pas sous le doigt ; mais pâlisent sous une pression un peu forte. — Elles sont généralement arrondies, parfois irrégulières mais toujours limitées par des contours très nets. Leurs dimensions varient depuis le diamètre d'une lentille, jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs, ou jusqu'à l'étendue de la paume de la main. — Leur surface est lisse, brillante comme onctueuse. — A leur niveau, il semble que la peau soit épaissie, indurée, et il existe ordinairement de l'anesthésie ; mais l'anesthésie cutanée, symptôme propre de la lèpre, n'a pas avec les taches un rapport constant et nécessaire, puisqu'elle se rencontre en dehors de toute manifestation maculeuse ; elle est d'ailleurs très prononcée au niveau de taches à peine visibles, et peu marquée au niveau de taches très foncées, parfois même elle est remplacée par une augmentation de sensibilité à la pression et à la piqure.

« L'anesthésie d'ailleurs n'est pas toujours le premier
« phénomène du côté de la sensibilité ; le plus souvent
« même, il y a d'abord de l'hyperesthésie. La moindre pres-
« sion est douloureuse, les malades ressentent une chaleur,
« des picotements sur diverses parties du corps. Mais cette
« sorte d'éréthisme du tissu cutané dure peu, et est remplacé
« bientôt à la suite d'une série de transitions par l'insensi-

« bilité plus ou moins complète; aussi a-t-on souvent l'occasion d'observer cette hyperesthésie. » (Cavasse).

Les taches lépreuses se concentrent sur le tronc, au dos, aux fesses, sur les membres, surtout du côté de l'extension, à la paume des mains et à la plante des pieds, à la face; elles sont parfois disposées d'une façon symétrique. — Elles s'accroissent par leur périphérie; le centre conserve une nuance d'un brun jaunâtre ou d'un gris cendré, tandis que la partie périphérique, plus récente, est rouge et forme une légère saillie. Enfin le centre peut pâlir entièrement, et rester sous la forme d'une tache d'un blanc brillant, plate ou déprimée par rapport à la portion périphérique. La tache peut même disparaître tout à fait, sans avoir présenté d'agrandissement: à sa place la peau paraît colorée d'une manière normale ou est d'un blanc brillant. — Les taches envahissent sans cesse de nouvelles portions de peau, se reproduisent sur celles d'où elles avaient disparu, s'agrandissent de plus en plus, et retrocèdent de moins en moins, deviennent confluentes et couvrent de larges surfaces. Comme elles revêtent des nuances en rapport avec la durée de leur évolution (elles sont d'autant plus rouges qu'elles sont plus jeunes, d'autant plus foncées qu'elles sont plus anciennes), comme elles laissent entre elles des espaces où la peau a tantôt conservé sa coloration normale, tantôt pris une coloration blanche à la suite de la disparition de macules antérieures, le malade paraît pour ainsi dire tatoué.

Simultanément avec les taches lépreuses, on observe d'après Bazin, des manifestations furfuracées ou squameuses qui occupent ordinairement les extrémités supérieures ou inférieures: mais d'après d'autres auteurs, ces manifestations n'apparaissent qu'au cours de la période suivante.

La même divergence existe relativement à l'époque où l'on peut observer l'engorgement des ganglions de l'aîne, de l'aisselle et du cou. Chez un assez grand nombre de malades, Corre a remarqué que les ganglions du cou devenaient durs et roulants à une époque très rapprochée du début ; mais ce n'est qu'avec les progrès de la maladie que les ganglions atteignent un certain volume.

La troisième période est caractérisée par le développement superficiel des tubercules.

Sur les taches, et aussi sur les portions de peau demeurées intactes, il se produit comme un boursoufflement reconnaissable à la vue et au toucher ; les parties molles deviennent dures et douloureuses à la pression ; elles s'épaississent, prennent un aspect inégal et bosselé, en même temps qu'elles présentent une coloration d'un rouge brunâtre. L'infiltration tuberculeuse affecte surtout la forme de nodosités sphériques au tronc et à la face ; ces nodosités sont lisses, brillantes, recouvertes d'un épiderme légèrement fendillé ; elles ont une consistance rénitente et élastique, une base large ou étranglée ; d'abord comparables à une papule sous-épidermique (Brassac), elles deviennent bouclées, lobées, comme fongoides lorsqu'elles ont atteint un grand développement ; les plus volumineuses se montrent principalement sur les régions riches en capillaires, au nez, sur les joues, le front, les oreilles et surtout le lobule, le pénis, le scrotum, la vulve etc. ; elles ne dépassent guère le volume d'un pois sur le tronc (tubercules pisiformes de Duchassaing). — Dans certains cas, particulièrement à l'avant-bras et aux coudes, les nodosités sont aplaties. — D'autres fois, elles ne font aucune saillie ou dépassent à peine le niveau de la peau : ce sont de petites masses arrondies, intercalées dans la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané, offrant la consistance de la gomme élastique et très douloureuses à la pression. — Les nodosités sont tantôt dis-

séminées et disposées irrégulièrement, tantôt accumulées en certaines régions, où elles paraissent se localiser, par exemple au tiers interne des paupières, sur la surface cutanée des membres dans le sens de l'extension. Elles impriment aux diverses régions des aspects tout à fait caractéristiques.

Aux pieds, par la compression qu'elles exercent sur les vaisseaux et l'œdème qu'elles occasionnent, elles amènent la production d'une véritable pachydermie (Hebra). A la face, elles déterminent le masque léontasique ou satyriasique : les parties molles sont tuméfiées, sillonnées de rides épaisses, livides ou noires ; sur ce fond se détachent confusément les organes, eux-mêmes déformés et maculés : le front proéminent semble cacher les yeux, « ainsi qu'il arrive aux lions en colère » (Arétée) ; les narines s'écartent, en même temps que les ailes du nez deviennent comme bouclées ; les lèvres pendantes, baveuses, laissent à découvert les dents, qui tranchent par leur coloration sur la teinte plus ou moins foncée des parties environnantes ; les oreilles grossissent et s'allongent : l'ensemble de la physionomie offre un horrible cachet de bestialité.

La matière tuberculeuse, à mesure qu'elle envahit le derme et le tissu sous-dermique détermine une compression graduelle des follicules pileux et des glandes sudoripares ; les poils deviennent cassants, décolorés et finissent par disparaître ; les glandes sébacées et sudoripares fournissent une moindre sécrétion et bientôt même s'effacent, laissant la peau dans un état permanent de sécheresse. C'est à cette époque que se montrent, principalement aux membres, des éruptions squameuses, qui, tantôt présentent les caractères du psoriasis, tantôt présentent ceux du pityriasis, de l'ichthyose (Bazin) ou de la pellagre (Bressac).

Les muqueuses, comme la peau, sont le siège d'une

infiltration tuberculeuse. — Sur la muqueuse des joues ou du palais, on constate de petites nodosités disséminées ou serrées les unes contre les autres, rouges ou recouvertes d'un épithélium grisâtre et très dures au toucher. — Le dos de la langue présente un aspect particulier, dû à la saillie des papilles ; l'épithélium est épaissi, gris, opaque ; il ressemble à une couenne creusée de sillons, et, dans ces conditions le goût est émoussé. — Des manifestations analogues se produisent à la paroi postérieure du pharynx, à l'épiglotte, au larynx, entraînant des modifications profondes dans la fonctionnalité des organes ainsi atteints, la déglutition est difficile, la voie enroutée et discordante. — L'extension du processus néoplasique à la pituitaire détermine l'amoindrissement de l'odorat ; à la membrane auditive des troubles de l'ouïe. — Aux organes de la vision, on observe souvent des lésions qui portent la plus grave atteinte à leur fonction : la conjonctive oculo-palpébrale, la cornée, l'iris sont envahis par l'infiltration ; les paupières, la glande lacrymale et les parties profondes de l'œil s'enflamment et le malade est tourmenté par des douleurs atroces, qui rappellent celles du cancer de l'œil.

Les nodosités ont partout la même évolution. — Elles peuvent disparaître par résolution : elles s'enfoncent un peu, se ratatinent, se ramollissent à leur partie la plus proéminente ; en même temps, leur coloration devient plus foncée, l'épiderme se ride, s'exfolie et se desquame. Au bout de quelques jours, la nodosité a disparu, elle est remplacée par une tache d'égale grandeur, ronde, déprimée, d'une pigmentation foncée ou blanchâtre au centre, d'un brun noir à la périphérie. Ce mode de terminaison, s'il a réellement lieu, doit être fort rare (Brassac). Dans l'immense majorité des cas, après un temps d'arrêt plus ou moins long, les nodosités se ramollissent, s'abcèdent, et aboutissent à l'ul-

cération. Le ramollissement envahit toute la masse, ou seulement la partie superficielle du tubercule ; la peau s'amincit, le foyer s'ouvre, il s'en écoule une matière caséo-purulente, puis il s'établit un ulcère, qui donne lieu à un écoulement de sanie fétide. « Cette suppuration ne reste pas longtemps « abondante ; elle a de nombreux temps de repos ; mais la « première cicatrisation est toujours trompeuse, s'il faut « appeler cicatrisation la croûte mince qui recouvre l'ul- « cère. Bientôt, une recrudescence de suppuration vient « creuser l'ulcère qui s'étend en superficie. Ces ulcères « rappellent assez bien l'aspect des ulcères variqueux ou « scrofuleux » (Brassac). Alors se présentent des lésions irrémédiables aux organes superficiels envahis par l'infiltration, la destruction de la membrane tympanique, de la pituitaire, du globe oculaire, la chute des ongles aux doigts et aux orteils.

Cette phase s'accompagne de phénomènes généraux d'intensité variable. La circulation est plus ou moins troublée ; tant que les tubercules demeurent à l'état de crudité, la température périphérique est ordinairement diminuée, le pouls ralenti (Rayer) ; lorsque les nodosités se ramollissent et s'ulcèrent, il se produit de la fièvre caractérisée par des frissons, de la fréquence du pouls, l'élévation de la température, de la céphalalgie. Presque toujours l'appétit est conservé et la digestion s'exécute sans présenter d'autre trouble qu'une certaine tendance à la constipation. L'intelligence demeure intacte. La quatrième période, répond au développement profond des tubercules. L'infiltration tuberculeuse, suivie du ramollissement de la matière morbide et de l'ulcération, se manifeste dans les tissus profonds, aux os eux-mêmes et entraîne leur destruction. C'est surtout sur le système locomoteur qu'on observe les plus grands ravages. « Les articulations, principalement celles des mains et des

« pieds, deviennent le siège de gonflements ; l'ulcération est
« rapide : les phalanges peuvent se détacher, sans maladie
« de l'os, par la seule destruction des ligaments et des carti-
« lages, mais souvent aussi la partie spongieuse de l'os est
« affectée de carie, et celle-ci porte consécutivement ses
« ravages sur les surfaces articulaires elles-mêmes. La ter-
« minaison varie sur un même membre : tous les orteils
« peuvent être affectés et toutes les phalanges se détacher
« successivement ; d'autres au contraire s'ankylosent indé-
« finiment ou temporairement jusqu'à un nouveau travail
« destructeur ». (Brassac).

Les viscères sont atteints à leur tour, et l'on constate alors des symptômes en rapport avec le siège des néoplasies : les phénomènes de la bronchite, de la pneumonie, de la phthisie laryngée, de l'entérite, de la néphrite albumineuse, etc.

Le malade succombe sous les progrès de la cachexie ou au cours d'accidents qui se rattachent aux manifestations viscérales.

On décrit dans la lèpre tuberculeuse, des paralysies et des atrophies musculaires qui donnent lieu à des déformations caractéristiques : ces phénomènes se rencontrent surtout dans la lèpre anesthésique, à propos de laquelle je les étudierai ; pour certains auteurs, pour le D^r Brassac, pour le D^r Corre, on ne les observerait même que sur les sujets présentant les deux formes réunies.

On a aussi rapporté plus particulièrement à la lèpre tuberculeuse les troubles génésiques dont les anciens auteurs ont tant parlé : le *libido inexplabilis coeundi* est loin d'être aussi fréquemment observé qu'on le croyait autrefois, alors qu'on séquestrait les lépreux et que l'on condamnait les sexes à un isolement absolu ; quant à l'amoindrissement du sens génital, il est une conséquence de l'anesthésie qui

n'épargne pas plus les organes de la génération que le reste du corps (Danielsen et Bœck) : il se rencontre ou sur les sujets qui réunissent les caractères des formes tuberculeuse et anesthésique ou sur ceux qui offrent la dernière.

II. — *Lèpre anesthésique* (aphymatode, non tuberculeuse, lisse, glabre, maligne, mutilante, des articulations, antonine) : la plupart de ces dénominations sont impropres, car elles peuvent être appliquées soit à la forme tuberculeuse, soit à quelque'une des formes secondaires.

Les phénomènes de la 1^{re} période (prodromique) sont les mêmes que dans la forme tuberculeuse.

La 2^e période est caractérisée par l'apparition de taches ou de bulles d'aspect particulier.

Tantôt les premiers phénomènes véritablement pathognomoniques consisteraient dans un amaigrissement de la peau, traduit par une gouttière au niveau de l'intervalle compris entre les métacarpiens du pouce et de l'index, et par la saillance du nerf cubital sous forme de cordon, à l'extrémité correspondante; dans l'apparition de taches d'un rouge clair, s'étendant à la manière de l'érythème gyaté, de taches noires, brunes ou cendrées, diffuses ou disposées en pointillés, en rayures, etc. (Neumann).

Tantôt, et plus généralement, une éruption bulleuse ouvre la scène. Une ou plusieurs bulles apparaissent aux extrémités des membres, sur des portions de peau intactes ou maculées, sans donner lieu à aucune manifestation douloureuse. Elles ne tardent pas à se vider de l'humeur visqueuse qu'elles contiennent; l'épiderme se détache, laisse à nu une surface ulcérée qui se recouvre d'une croûte épaisse et noirâtre: la croûte tombe et laisse voir une destruction plus avancée des tissus. Les ulcères guérissent après une série de cicatrisations imparfaites, ou persistent: dans ce

dernier cas ils vont jouer un rôle important dans le processus de destruction que j'aurai à décrire tout à l'heure.

Au cours de cette période, il existe de l'hyperesthésie, non-seulement à la surface des ulcères, mais encore sur divers points du corps qui n'ont point offert d'éruption, à la face dorsale des mains, aux pieds, au visage. Parfois l'hyperesthésie est généralisée dans les membres, et assez intense pour priver le malade de tout sommeil et de tout mouvement.

La troisième période voit succéder l'anesthésie à l'hyperesthésie. L'anesthésie occupe les membres, plus tard la face, quelquefois le tronc, par places isolées; elle envahit graduellement tous les tissus; elle est telle que les malades peuvent subir les blessures les plus graves, se couper, se brûler jusqu'à carbonisation, sans ressentir aucune impression.

C'est alors qu'on observe des atrophies, des contractures, des paralysies et des déformations tout à fait caractéristiques, et qui rappellent les phénomènes analogues observés dans certaines affections du système nerveux central.

La peau, dit Bazin, présente quelquefois une dégénérescence spéciale: elle devient dure, blanchâtre, parcheminée, comme cicatricielle; elle semble avoir perdu toute activité, elle n'est plus le siège d'aucune sécrétion, en même temps qu'elle est devenue complètement insensible (Sclérodermie lépreuse).

Les muscles perdent peu à peu leur puissance motrice (leur contractilité, mesurée avec précision par les médecins anglais qui ont observé la lèpre en Chine, serait réduite au-dessous de la normale). Ils s'atrophient et deviennent le siège de contractures.

De là des déformations remarquables à la face et aux extrémités des membres.

La main offre tout d'abord un effacement des saillies musculaires qui donnent leur forme aux éminences thénar et hypothénar; puis ses parties molles se crispent, se resserrent, et les doigts affectent une disposition en griffe qu'on ne saurait oublier après l'avoir observée.

« Par suite de l'atrophie des interosseux, la face dorsale
« de la main s'aplatit, devient même comme concave. La
« première phalange de chaque doigt se place dans l'exten-
« sion, et les dernières, au contraire, s'incurvent. Cette
« incurvation peut être générale, régulière, tous les doigts
« affectant la même forme; d'autres fois, et c'est là la généra-
« lité des cas, les doigts sont fléchis, incurvés à divers
« degrés; quelquefois enfin, les déviations latérales sont
« telles que les doigts s'imbriquent pour ainsi dire les uns
« sur les autres » (Brassac). Les tendons fléchisseurs peuvent aussi se rétracter. Aux pieds, on constate des déformations analogues.

A la face, les parties molles subissent comme une sorte de retrait; il semble que la peau plus condensée en ses éléments, soit appliquée sur les os. Le visage est cadavéreux. Le muscle orbiculaire se paralyse et s'atrophie, les paupières se crispent, le clignement cesse de se produire, la conjonctive privée de sensibilité s'injecte et s'enflamme, la cornée s'obscurcit et s'ulcère, et la vision est détruite peu à peu. La bouche est déviée, asymétrique, comme dans l'hémiplégie faciale; la lèvre supérieure s'applique contre l'arcade dentaire, tandis que l'inférieure, pendante, laisse à découvert les dents correspondantes, et n'apporte aucun obstacle à l'écoulement de la salive, qui devient presque continu.

Les sens spéciaux sont plus ou moins atteints, en dehors de tout processus inflammatoire comparable à celui qui peut déterminer la destruction du globe oculaire; le goût est émoussé; l'olfaction et l'ouïe sont amoindries.

Le sens génésique est aboli et son abolition coïncide avec l'atrophie des testicules et des ovaires, du pénis et de l'appareil vulvaire.

Les poils se décolorent, cessent de s'accroître et tombent ; les cils disparaissent aux paupières ; les ongles se déforment, se rapetissent et souvent aussi se détachent.

Dans une quatrième période, on observe des mutilations. Ces mutilations sont la conséquence de blessures accidentelles que subissent les parties privées de sensibilité, des ulcérations qui succèdent aux bulles ou qui s'établissent d'emblée.

« Sur les doigts incurvés, à la paume des mains, au
« talon, à la plante des pieds, aux orteils, on voit apparaître
« des taches bleuâtres sur des points où l'épiderme s'est
« préalablement épaissi : dans ces endroits, l'épiderme
« se soulève bientôt, forme une ampoule unique ou plu-
« sieurs vésicules à fluctuation manifeste. Cette ampoule
« s'ouvre d'elle-même, et, se rompant en crevasses, donne
« issue à un liquide rougeâtre, ichoreux : on voit au fond
« un ulcère qui s'étend au-dessous de la peau décollée, mais
« qui gagne aussi en profondeur, en disséquant et détrui-
« sant le tissu cellulaire, les muscles etc. ; quelquefois toute
« la surface plantaire est attaquée, le plus souvent les pha-
« langes, les métatarsiens un à un, et c'est alors que l'on
« pourrait confondre ces ulcères avec le mal perforant, si
« d'autres symptômes, d'autres phénomènes ne venaient
« à l'aide du médecin pour éviter toute erreur de diagnostic :
« à la main, la marche des ulcères est à peu près semblable.
« — Ces ulcères n'ont pas la moindre tendance à la cicatri-
« sation avant l'élimination dont ils sont la première phase.
« Les médecins norwégiens nous apprennent que l'état
« général se maintient satisfaisant tant que la suppuration
« est active ; quand celle-ci, au contraire, diminue ou se

« tarit, et que l'ulcère se rétrécit, se contracte, il se produi-
« rait des symptômes généraux et locaux très intenses, tels
« que céphalalgie atroce, fièvre, soif ardente, oppression
« cardiaque avec vomissements, douleurs lancinantes dans
« l'ulcère et dans l'intérieur de tout le membre, avec adénites
« multiples également très douloureuses ; que si l'ulcère
« guérit entièrement avant la destruction, l'élimination des
« parties, et avant l'établissement de l'anesthésie complète,
« les symptômes énoncés plus haut s'aggraveraient : l'assou-
« pissement succéderait aux frissons, à la fièvre, et le ma-
« lade succomberait en peu de jours. — Le travail ulcératif
« peut être très long, durer des mois, des années, mais sa
« marche est assez uniforme. Une phalange se détache, la
« phalange qui la suit fait un retrait sur celle qui la précède
« ou sur la tête du métacarpien ou du métatarsien correspon-
« dant ; les doigts se raccourcissent ainsi peu à peu ; il ne
« reste à la fin qu'un moignon, qu'un bourrelet au milieu
« duquel on aperçoit des traces de l'ongle altéré, déformé,
« ne présentant quelquefois qu'un petit noyau. Le travail
« destructeur peut ne pas s'arrêter là, le même ulcère ou
« d'autres ulcères peuvent attaquer les métacarpiens, le
« carpe, les métatarsiens, le tarse et procéder ainsi à une
« série de désarticulations successives, jusqu'à destruction
« entière du pied ou de la main... » (Brassac.)

Tantôt ces mutilations ne s'accompagnent d'aucune dou-
leur, et laissent en quelque sorte le malade indifférent à sa
propre destruction, tantôt elles occasionnent des douleurs
très intenses et des symptômes généraux très prononcés.
La réaction que produisent les phénomènes locaux sur
l'ensemble des fonctions et en particulier sur la circulation
et la température est d'ailleurs très médiocrement appréciée
par les auteurs : elle varie probablement suivant les climats et
suivant les races, et c'est ainsi qu'il convient peut-être

d'expliquer pourquoi la lèpre s'accompagne d'un moindre retentissement sur l'organisme dans les pays tropicaux et dans les races colorées, alors même que les désordres locaux sont le plus avancés (1).

Le malade s'éteint à la longue, par les progrès de l'état cachectique.

Les deux formes que je viens de décrire sont les plus habituelles. Elles s'observent isolées ou réunies.

Observation de Lèpre à la première période.

X... jeune homme de couleur, âgé de 16 ans, se présente à l'hôpital de la Basse-Terre (janv. 1877) pour demander une consultation. M. le Médecin en chef Brassac l'examine devant le personnel médical de l'hôpital. Le malade se plaint de fatigue dans les jambes, il est incapable de faire le moindre travail depuis 5 mois qu'il est malade : Céphalalgie, inappétence, malaises le soir. M. Brassac qui connaissait des lepreux dans la famille du jeune homme, le fit se déshabiller et découvrit sur la poitrine au-dessous et en-dedans du mamelon gauche, une plaque irrégulière, grande presque comme une pièce de cinq francs : elle était de couleur un peu plus foncée que le reste de la peau, avec aspect lisse. Cette plaque était insensible à la piqure d'une épingle.

(1) Les médecins anglais du service des femmes chinoises ont donné plusieurs observations de la température et du poids au cours de la lèpre anesthésique. A la suite du rapport du Dr Brown (janv.-mars 1872) on trouve trois diagrammes qui représentent la marche de la température axillaire, notée soir et matin :

Dans le 1^{er} et le 2^e, les oscillations sont peu prononcées : le matin la température est la plus basse, mais l'exaspération du soir est très modérée : les chiffres extrêmes ne s'écartent guère de la normale, 36°57 le matin, 37°22 et 37°78 le soir.

Dans le 3^e, l'écart est plus considérable entre les chiffres du matin et du soir : la température du matin se maintient aux environs de 37°, elle ne dépasse guère ce point ; mais la température du soir est franchement fébrile, elle s'élève à 39° et même 40°.

(Anp. mwr. Castanos, mod. rep.)

M. Brassac nous fit remarquer en même temps un tubercule dans le lobule de l'oreille gauche ; pour lui, la présence de ce tubercule en ce lieu d'élection et au début de la maladie était un signe presque pathognomonique de la lèpre.

Observation de Lèpre tuberculeuse à la troisième période.

Eleuthère X..., jeune homme de couleur, âgé de 24 ans, habitant les Saintes (Guadeloupe), lépreux depuis neuf ans. Le père est mort de la lèpre il y a dix ans. Est le troisième de la famille et le seul atteint sur cinq enfants. La mère est bien portante.

Appelé à donner mes soins au malade pour un accès d'asthme, je le trouve atteint de lèpre tuberculeuse à la troisième période. Le malade est affaibli, il peut à peine marcher. Au dire de la famille, l'appétit est en général bon quand il est porteur d'un ulcère en suppuration. Malaise et appétit supprimé, accès d'asthme quand les ulcères sont cicatrisés ; répond nettement aux questions posées ; paraît avoir l'intelligence intacte ; paresse intellectuelle et physique ; la voix est alternativement rauque et étouffée ; masque léontiasique de la face ; poils des sourcils et cheveux rares ; pas de barbe ; taches jaunâtres et légèrement déprimées sur le front et les joues, insensibilité de ces taches ; les parties de la peau de la face non occupées par elles sont épaissies, infiltrées de tubercules, surtout les ailes du nez ; les oreilles sont grandes et déformées par les nodosités ; nodosités analogues mais beaucoup plus disséminées sur le tronc ; larges plaques anesthésiques déprimées : une grande irrégulière et d'aspect godronné sur la paume de la main, d'autres en travers du sternum, au-dessus du creux épigastrique ; taches nombreuses mais plus petites dans le dos et disséminées sur tout le tronc.

Membres supérieurs. — Aux deux avant-bras et sur la partie postérieure 4 ou 5 nodosités aplaties ; la main droite épaissie est déformée en forme de palette ; le pouce et le petit doigt considérablement déformés sont les deux seuls doigts qui restent ; l'index, le médius et l'annulaire sont réduits à la première phalange dont l'extrémité est globuleuse ; petit tubercule corné en guise d'ongle au petit doigt ; la main gauche est moins déformée, moins aplatie ; absence de l'annulaire et de l'auriculaire ; les ongles des autres doigts sont déformés.

Membres inférieurs. — Grandes cicatrices recouvrant la partie

antérieure des deux jambes ; plusieurs cicatrices de même couleur, mais plus petites à la partie postérieure ; cicatrices récentes autour des malléoles ; les deux pieds sont dans le même état ; cicatrices blanches sur le dos du pied ; absence complète des orteils, infiltration de tubercules.

Les parties génitales sont également infiltrées de tubercules ; engorgement ganglionnaire multiple et indolent dans les deux aines.

Le malade est resté dans le même état pour ainsi dire pendant mon séjour aux Saintes (dix-huit mois). J'ai pu constater que les accès d'asthme apparaissent bien au moment où il n'y avait pas d'ulcère en suppuration.

Observation de Lèpre anesthésique.

Vingadanamy Narayanan, 25 ans environ. Coolie indien de Pondichéry, détenu au pénitencier de l'Ilet à Cabri, aux Saintes (Guadeloupe).

En janvier 1876, le malade se présentait à la visite se plaignant de faiblesse dans les jambes, de malaise, de céphalalgie. Pas d'autres symptômes de maladie, peut-être un peu d'anémie. Les surveillants me prévinrent qu'il était paresseux et dormeur. Je me contentai de lui laisser du repos et de le mettre à la ration européenne et trois semaines après il demandait lui-même à reprendre son travail.

En mars de la même année, Vingadanamy revient à la visite. Il peut à peine se tenir sur ses jambes, se plaint de douleurs lombaires et articulaires dans les membres inférieurs. Œdème considérable et généralisé. Dyspepsie. Le pouls est faible, petit, mais régulier, la température normale. — Les muqueuses sont décolorées. — Je constate une grande quantité d'albumine dans les urines.

Je fais entrer le malade à l'hôpital des Saintes avec le diagnostic béribéri. Traitement diurétique et reconstituant. L'anasarque diminue petit à petit, le malade semble reprendre quelques forces, toujours de l'albumine dans les urines.

Jusqu'ici aucun symptôme ne m'avait fait songer à la lèpre, le prisonnier était marqué par la variole, et portait à la partie moyenne antérieure et externe de la jambe droite une large cicatrice, blanche au milieu, plus foncée sur les bords, mais les lésions de ce genre étant très communes chez les coolies, elle ne m'arrêta pas davantage.

C'est pendant son séjour à l'hôpital qu'apparurent sur sa face des taches brunes qui me frappèrent. Examinant alors toutes les parties de son corps, je découvre de nombreuses taches analogues, sur la poitrine et le dos. Elles sont complètement insensibles. Les cils ont presque complètement disparu. La voix qui m'avait paru normale au début, après être restée pendant quelque temps légèrement enrouée a pris le timbre de la voix de polichinelle.

Quelque temps après, les muscles de la main s'atrophient, les éminences thénar et hypothénar disparaissent des deux côtés et petit à petit et simultanément les deux mains affectèrent la disposition en griffe.

Le même travail destructeur s'opéra un mois après aux membres inférieurs. En même temps le malade éprouva des douleurs lancinantes dans les jambes.

Vers le mois de novembre apparaissent des ampoules aux deux mains et à chaque doigt dans les plis de la face palmaire entre la première et la deuxième phalange ; les deux pouces sont épargnés. Le malade ne me prévenant pas je ne les aperçois qu'une fois rompues. A ce moment la peau est blanche et macérée, elle reste écartée des autres tissus et laisse apercevoir des crevasses profondes et transversales.

Avant de quitter les Saintes (janv. 77) je puis constater les mêmes lésions aux orbites.

En ce moment l'état général s'est considérablement amélioré, il y a toujours de l'albumine dans les urines.

B. — FORMES SECONDAIRES.

On les pourrait multiplier sans grand profit pour l'étude. Je crois qu'il y a lieu d'admettre à la suite des formes principales :

1° La lèpre maculeuse, que caractérisent des colorations spéciales ;

2° La lèpre ulcéreuse, dans laquelle l'ulcération se produit indépendamment de toute manifestation tuberculeuse ou bulleuse et même de l'anesthésie ;

3° La lèpre atrophique, dans laquelle des parties disparaissent par une sorte de résorption, sans ulcération préalable.

I. — *Lèpre maculeuse* (tachetée, lazarine, morphée, flecki). — Après une période prodromique plus ou moins longue, apparaissent, avec ou sans éruption bulleuse concomitante, des taches sur la peau, principalement au visage et aux membres, souvent à la paume des mains et à la plante des pieds. Les taches ne s'accompagnent d'aucun symptôme ou elles sont douloureuses, compliquées de douleurs articulaires et osseuses ; dans ce dernier cas, on observe des accès de fièvre le soir, du gastricisme, une certaine altération de la nutrition générale. Les taches varient de forme, de couleur et de nature. Tantôt ce sont des rougeurs à peine sensibles, de la grandeur d'une pièce de 5 francs ou de l'étendue de la paume de la main, des macules d'un rouge pâle ou foncé, qui disparaissent sous la pression du doigt ; tantôt ce sont dès le début des pigmentations variant du jaune au brun foncé, presque au noir, des plaques d'un gris cendré ou blanches et luisantes. A leur niveau la peau est

lisse ou légèrement squameuse, sèche, privée de transpiration, parfois comme tuméfiée et saillante au-dessus des parties environnantes.

Cet état se maintient isolé de toute autre manifestation ou finit par se confondre avec la forme anesthésique.

II. — *Lèpre ulcéreuse*. — Brassac décrit ainsi cette forme dans laquelle les tubercules et les bulles manquent, dont l'anesthésie n'est pas le symptôme habituel et qui cependant est caractérisée par des ulcérations et une marche destructive:

« Le plus souvent l'ulcération succède à des taches, à des macules en tout semblables à celles qui précèdent ordinairement l'évolution des tubercules. La peau se boursouffle un peu, les doigts gonflent, l'ulcération se fait comme dans les autres cas... Elle n'attaque pas malheureusement quelques phalanges; elle attaque les muqueuses. Ainsi, à la bouche, au palais, au pharynx, dans les fosses nasales, après un léger boursoufflement de certains points de la muqueuse qui présentent une coloration anormale, survient l'ulcération qui désorganise promptement ces parties et amène les troubles fonctionnels les plus graves déjà signalés dans l'étude de la forme tuberculeuse.

« Quel que soit le mode de destruction des phalanges ou des portions plus considérables des membres, une fois l'élimination terminée, la cicatrisation s'opère lentement, la peau finit par recouvrir les os et les articulations mis à découvert. On voit souvent persister quelque temps des trajets fistuleux, d'autres fois la cicatrisation se fait complètement. Ce moignon, loin de s'atrophier comme le moignon des amputés, devient, au contraire, le siège d'une espèce d'hypertrophie. Il s'y fait une infiltration qui donne bientôt à l'extrémité ainsi déformée un aspect lardacé. MM. Danielsen et Boeck comparent ces moignons à la patte du chien de

mer du Groënland. Cette hypertrophie est surtout prononcée au pied, car le moignon de la main est moins épais, moins développé.

« Tel est le dernier terme de ce travail de destruction. Le malade ainsi mutilé peut vivre de longues années exempt de complications graves... D'autres fois, malgré la cicatrisation, la paralysie et l'atrophie musculaire peuvent faire des progrès rapides, envahir le tronc, et le malade s'éteint bientôt dans le marasme et la colliquation. »

M. le docteur Corre a l'obligeance de me communiquer un exemple de cette forme, observée par lui à Nossi-Bé.

Tokaly, maquois, d'environ 25 ans, d'apparence vigoureuse ; pas d'antécédents héréditaires ; la maladie a débuté il y a deux ans, par les pieds, à Nossi-Bé. Entré à l'hôpital en avril 1878, présentant l'état suivant :

Cicatrice d'ulcération superficielle à la partie postérieure et moyenne du bras droit : cette cicatrice paraît résulter en réalité de la fusion de deux ulcérations primitivement distinctes, car elle présente deux centres, autour desquels convergent des plis et des rides disposés comme en rayons ; elle possède la même souplesse que la peau environnante, elle est pigmentée (noire) comme celle-ci, mais à un moindre degré vers les centres ; sa surface est brillante, lisse, sèche, sans la moindre trace de desquamation : dimensions d'une double pièce de deux francs. — Cicatrices à la partie postérieure du coude gauche, à la partie externe de l'avant-bras droit, à la face dorsale de la main droite, à la partie postéro-inférieure de l'avant-bras gauche, à la partie supérieure-antérieure externe de la jambe droite, à la partie antérieure de la cuisse gauche : irrégulièrement arrondies, quelques-unes oblongues, de dimensions variables depuis un jusqu'à dix centimètres dans le plus grand diamètre, tantôt d'apparence rayonnée, tantôt dépourvues de cette apparence,

offrant d'ailleurs l'ensemble des caractères mentionnés à propos de la première. — Aucune de ces cicatrices ne présente d'induration ; toutes possèdent la même sensibilité que la peau demeurée saine ; sauf au centre des plus étendues, on rencontre à leur surface des poils en plus ou moins grand nombre.

A la partie antérieure du poignet droit, cicatrice superficielle irrégulière, lisse, brillante, sensible, d'un blanc mat.

A la partie dorsale du poignet droit, à la partie antéro-externe de la jambe droite, ulcérations, l'une de l'étendue d'une pièce de cinq francs, l'autre de l'étendue d'une pièce de deux francs, toutes les deux superficielles, revêtant l'apparence d'une plaie de vésicatoire en voie de cicatrisation régulière. Plusieurs ulcérations de très petite dimension disséminées sur les jambes et la face dorsale du pied ; au niveau et au pourtour des ulcérations, pas d'induration, sensibilité conservée.

Main droite : médius renflé à son extrémité, que coiffe un ongle déformé, en partie atrophié ; annulaire réduit aux deux premières phalanges, terminé par un moignon renflé et arrondi ; auriculaire comme en voie d'atrophie ; la peau décolorée à la face dorsale.

Main gauche : légèrement atrophiée dans son ensemble, paraissant subir un commencement de rétraction de l'aponévrose palmaire ; tendance à la flexion de l'indicateur et du médius ; annulaire et auriculaire réduits à la première phalange.

Pied droit : gros orteil réduit à une masse mamelonnée, au milieu de laquelle on sent comme un rudiment de phalange ; à la plante en arrière et au niveau de l'origine des deux premiers orteils, ulcération de l'étendue d'une pièce de cinq francs, à bords taillés à pic et durs, à fond blafard, presque lisse, fournissant un ichor séreux.

Pied gauche: gros orteil réduit à un court mamelon, paraissant contenir un petit noyau osseux, rudiment de la première phalange; l'extrémité des deuxième et troisième orteils, privée d'ongle, est le siège d'une ulcération nummulaire à bords un peu saillants, à fond presque lisse.

Engorgement ganglionnaire mal délimité à l'aine droite.

Parties génitales peut-être moins développées qu'elles ne le sont ordinairement à cet âge et dans la race.

Aucune manifestation du côté des muqueuses et des viscéres. Les fonctions s'exécutent bien.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, je n'ai pu que constater la facilité avec laquelle les ulcérations se produisaient, à la suite d'un léger boursoufflement de la peau, la rapidité avec laquelle elles se cicatrisaient sous l'influence des soins les plus simples, et aussi la manière dont s'effectuait la pigmentation des cicatrices; le pigment apparaissait d'abord par petits dépôts punctiformes, au pourtour ou au voisinage des follicules pileux; les dépôts se multipliaient, arrivaient assez vite à se confondre. L'atrophie musculaire peut faire des progrès rapides, envahir le tronc, et le malade s'éteint bientôt dans le marasme et la colliquation.

III. *Lèpre atrophique*. — Cette forme est caractérisée par l'anesthésie, par l'atrophie et la disparition des parties, sans manifestations ulcéreuse ni tuberculeuse.

Elle paraît surtout exister au Mexique, où elle a été étudiée par Poncet (1).

Elle a été aussi signalée en Chine par les docteurs Müller et Manson qui ont admis comme variétés de lèpre: 1° l'atrophie des muscles avec anesthésie de la peau correspondante, ordinairement dans la main et l'avant-bras, avec flexion des

(1) Poncet. La Lèpre au Mexique. *Mem. de méd. et de chir. mil.* 1864. XII.

doigts et perte de l'action musculaire ; — 2° la perte des phalanges par résorption interstitielle des os (1).

« Absorption spontanée des phalanges (dans la lèpre an-
« tonine). Après la rétraction des phalanges, il se produit
« peu à peu par l'immobilité et sous l'influence morbide
« spéciale à la lèpre, une atrophie très marquée de la main.
« Elle se rétrécit ; les métacarpiens et les phalanges s'effilent
« et perdent le paquet graisseux qu'on rencontre à la face
« palmaire. En les examinant attentivement, on reconnaît
« que l'os est confondu avec un tissu fibreux, au milieu
« duquel le squelette a diminué d'épaisseur. Les têtes et les
« extrémités inférieures des phalanges n'ont plus leur con-
« figuration naturelle. — Dans certains cas, l'absorption des
« éléments calcaires osseux est telle, qu'on peut fléchir les
« doigts dans le sens de l'extension. M. Lucio a eu un cas
« où les doigts de pied arrivaient à toucher la face dorsale,
« et nous avons observé un cas où les phalanges de la main
« se courbaient à 45° sur le métacarpe. — Cette lésion
« curieuse n'a pas une marche régulière ; c'est ainsi que la
« deuxième phalange peut disparaître complètement, lais-
« sant les première et troisième intactes, ou la troisième se
« fondre et les deux autres rester. — Le manque d'autopsies
« ne nous a pas permis de connaître plus intimement les
« altérations curieuses qui doivent se produire dans les
« tissus. » (Poncet).

(1) Durand-Fardel. La Lèpre en Chine. *Gaz. méd. de Paris*, 1877.

Complications de la Lèpre.

Il n'est pas rare de rencontrer l'éléphantiasis des Arabes associé à la lèpre, dans les pays où ces deux maladies existent à l'état endémique.

On a vu le favus, la syphilis, le fibroma molluscum, l'eczéma généralisé, l'herpès zona coexister avec la lèpre (Hebra).

Mais la complication la plus remarquable est sans contredit celle de la gale. Chez certains lépreux, les ulcérations se recouvrent de croûtes, épaisses de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres, d'apparence cornée et offrant l'aspect d'une écorce d'arbre desséchée, souvent fort difficiles à détacher, et constituées par d'innombrables cadavres d'acares jeunes et vieux : au niveau des couches que le suintement des ulcères maintient en état d'humidité, on rencontre des acares vivants. De pareils faits ont été observés chez des individus non atteints de lèpre : ils ne sauraient donc motiver la création d'une forme spéciale, la lèpre crouteuse.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Pronostic.

La lèpre sous quelque forme qu'elle se présente, a une marche chronique, elle peut offrir de longs temps d'arrêt — 20 et 30 ans.

Les formes tuberculeuse et simplement ulcéreuse, qui attaquent souvent des organes essentiels, ont une évolution moins lente que la forme anesthésique, qui ne détruit que des parties de membres ; la forme maculeuse, tant qu'elle reste isolée, a une durée indéfinie.

Quelquefois, la lèpre tuberculeuse revêt une marche aiguë : cette marche coïncide avec une éruption de nodosités, qui s'accompagne d'une fièvre continue-rémittente et parfois à caractère typhoïde, de symptômes graves du côté des organes internes, de symptômes cérébraux, de diarrhée colliquative, etc. (Hebra).

Les guérisons sont rares, exceptionnelles. La terminaison trop habituelle est la mort, qui tantôt est la conséquence des désordres viscéraux, tantôt est amenée par les progrès de l'état cachectique.

Diagnostic

À la période prodromique la maladie peut être méconnue, confondue avec une fièvre paludéenne : l'irrégularité des accès, l'absence de tuméfaction splénique, l'inefficacité du sulfate de quinine, suffiront à éclairer bientôt le diagnostic.

Mais il est une maladie dont les symptômes initiaux sont presque identiques à ceux de la première période de l'affection lépreuse : c'est l'hypnosie ou maladie du sommeil. Dans l'hypnosie comme dans la lèpre, les malades sont tristes, abattus, fatigués au moindre effort, ils ont une propension au sommeil. Le doute n'est possible que si on l'observe dans la zone africaine où les deux maladies ont leur centre endémique ; mais, en cette condition, il a sa raison d'être, et il ne saurait être dissipé que par l'étude attentive des phénomènes ultérieurs. — Pour bien rendre compte des relations intimes qui existent entre la lèpre et l'hypnosie je ne puis mieux faire que de citer la note de M. Corre dans son livre *la Mère et l'enfant* :

« Nous n'ignorons pas de quelles critiques, bienveillantes ou acerbes, notre mémoire sur la maladie du sommeil a été l'objet. Nous reconnaissons la justesse de quelques-unes. Mais nous demeurons convaincu que la

« maladie est une affection cérébro-spinale, relevant d'un
« état diathésique, constitutionnel, auquel la scrofule n'est
« probablement pas étrangère. Après avoir relu nos notes,
« médité les travaux de nos collègues, reporté nos souvenirs
« sur ce milieu africain où nous avons vécu, nous nous
« demandons, même aujourd'hui, si l'existence de la
« maladie dans les foyers lépreux les plus intenses, de la
« côte occidentale d'Afrique et dans la race qui subit le plus
« profondément leur atteinte, en raison de ses conditions
« sociologiques ou d'une aptitude particulière, — si la
« transmissibilité par le contact habituel (cohabitation), par
« les produits de sécrétion dérivant des malades, par l'héré-
« dité, transmissibilité à laquelle croit fermement toute la
« population et que sembleraient démontrer certains faits,
« — si l'analogie frappante des symptômes du nélaoane
« avec ceux de la Lèpre, encore à son début, c'est-à-dire
« réduite à ses premières manifestations générales (torpeur
« des fonctions de relation, somnolence, engorgement et
« induration des ganglions cervicaux, etc), n'autorisent pas
« à penser que la diathèse lépreuse exerce ici une influence,
« combinée à celle d'autres causes plus ou moins probables,
« comme l'impaludation latente, l'alcoolisme, etc. Nous
« n'émettons là qu'une impression, mais cette impression
« deviendrait tout autre chose, si, après avoir établi que le
« point de départ des altérations périphériques, dans la lèpre,
« est bien la lésion médullaire (comme déjà certains travaux
« tendent à le prouver), la science parvenait à distinguer,
« dans cette affection à côté des formes complètes (si varia-
« bles !) des formes frustes, abortives, limitées aux manifes-
« tations les plus générales de l'état dyscrasique. »

Sous la forme maculeuse, ou à la période maculeuse dans les deux formes principales, la lèpre doit être différenciée de plusieurs affections.

Quand les taches marquent le début d'une lèpre anesthésique ou tuberculeuse elles s'accompagnent de phénomènes trop caractéristiques pour permettre une erreur de diagnostic : elles coïncident avec l'éruption bulleuse ou avec un épaissement de la peau déjà plus ou moins prononcé, elles sont insensibles.

Mais s'il s'agit de la lèpre simplement maculeuse, on est quelquefois réduit à des éléments d'appréciation trop insuffisants pour servir de base à un diagnostic précis : il faut attendre alors l'évolution ultérieure de la maladie, et prendre en considération les conditions au milieu desquelles elle s'est produite avant de se prononcer d'une manière catégorique sur sa véritable nature.

Le *Lentigo*, qu'on observe si fréquemment chez les sujets lymphatiques est caractérisé par de petites taches circulaires, non saillantes, comparables à des écailles de son, d'un jaune faux ou brunâtre, éparses ou confluentes ; ces taches siègent ordinairement sur des parties découvertes ; elles n'ont jamais l'aspect lisse et brillant des taches lépreuses.

L'*albinisme partiel*, assez commun dans les races noires, n'atteint jamais que certains points, d'étendue variable ; il ne s'accompagne d'aucun trouble général, d'aucune manifestation locale particulière, en dehors de la décoloration ; il est congénital.

Le *Vitiligo* est caractérisé par des taches blanches, presque laiteuses entourées d'une zone de pigment foncé ; au niveau des plaques, les poils sont décolorés mais ne tombent pas ; l'affection se développe souvent chez un sujet en cours de syphilis.

Quant au *Carathés*, si l'état de sécheresse et de rigidité de la peau au niveau des taches, la couleur rouge ou gris-cendré, que celles-ci présentent parfois, le rapprochent de la

lèpre, l'absence de troubles sensitifs, l'existence du prurit, l'odeur spéciale émanée des malades, le défaut de transmission héréditaire et de contagion, le foyer spécial de l'endémie, etc. sont autant de circonstances qui l'éloignent de la morphée.

Le *Pityriasis*, le *Psoriasis*, l'*Ichtyose*, en dehors de toute manifestation lépreuse, ont des caractères propres qui les distinguent; mais il ne faut pas oublier que ces affections se rencontrent chez les lépreux: leur nature diurétique est alors dévoilée par le développement concomittant des tubercules.

La lèpre est-elle susceptible de différenciation avec la sclérodermie? La plupart des auteurs répondent par l'affirmative, et Legrange a particulièrement insisté sur les caractères qui séparent, d'après lui, l'une ou l'autre maladie: (1).

DANS LA LÈPRE.

— La peau est épaisse, brillante, elle devient le siège d'éruptions bulleuses, et, plus tard, elle est infiltrée de nodosités qui donnent au visage un aspect particulier: ces nodosités de nature tuberculeuse, donnent à la lèpre sa caractéristique, sa spécificité anatomique. — Il y a de l'hyperesthésie, puis de l'anesthésie, et ces phénomènes ne manquent jamais. — Arthropathies et atrophies musculaires. —

DANS LA SCLÉRODERMIE.

— La peau est tantôt amincie, tantôt épaissie, luisante, mais c'est par le fait d'une prolifération embryonnaire envahissante autour des vaisseaux, prolifération commune à toutes les dermites; l'on observe quelquefois des éruptions bulleuses qui sont liées au processus inflammatoire comme dans l'érysipèle.—Il peut exister des périodes douloureuses, qui s'expliquent par la névrite des extrémités ter-

1) Lagrange, contrib. à l'étude de la Sclérodermie. Thèse de Paris, 1871.

Ulcérations gagnant en profondeur, arrivant jusqu'au os, entraînant des mutilations plus ou moins considérables.

minales des nerfs, aboutissant à la région malade, l'anesthésie s'observe également, mais elle est toujours moins prononcée que dans la lèpre. — Arthropathies, mais jamais d'atrophies musculaires. — Ulcérations demeurant superficielles quand elles se produisent et n'entraînant jamais le morcellement des parties.

Ces caractères différentiels ne me satisfont aucunement : d'une part l'anesthésie peut manquer dans la lèpre, notamment dans la forme simplement ulcéreuse, et les ulcérations demeurer superficielles ; d'autre part dans la sclérodermie, l'anesthésie est parfois très prononcée, et l'atrophie musculaire imprime à l'une des formes le plus récemment étudiée de la maladie son cachet tout spécial (Hemiatrophie faciale progressive. Grasset).

De plus, est-il vrai que la lèpre reçoive uniquement de la néoplasie tuberculeuse sa caractéristique anatomique ? Que deviennent alors les variétés dans lesquelles manque absolument la néoplasie ? Ce sont précisément ces variétés non tuberculeuses de la lèpre qu'il convient, en bonne logique, de comparer avec la sclérodermie : une pareille comparaison met en évidence la similitude des caractères symptomatiques et anatomiques attribués à l'une et l'autre affection, similitude si réelle qu'elle a déterminé la création d'une sclérodermie lépreuse, à une époque où l'on n'osait encore l'avouer trop catégoriquement.

Veut-on rechercher des différences dans l'étiologie des deux affections ?

La sclérodermie n'existe pas en foyers endémiques ; mais la lèpre naît spontanément ou tout au moins en dehors

de toute circonstance étiologique appréciable dans des contrées non endémiques. La sclérodermie n'est pas héréditaire ; mais la lèpre n'est pas toujours consécutive à une transmission paternelle ou maternelle. La sclérodermie n'est pas contagieuse : aucun fait ne démontre le contraire jusqu'à présent ; mais la lèpre est-elle contagieuse en dehors des formes tuberculeuse ou mixte ? C'est ce que beaucoup de médecins mettent en doute.

Je suis donc porté à admettre l'opinion de M. Grasset : au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, il n'y a aucune différence fondamentale entre la lèpre et la sclérodermie ; ce sont deux formes d'une même maladie. C'est qu'au dessus du processus particulier qui aboutit à la néoplasie tuberculeuse et au dessus du processus prolifératif embryonnaire commun à toutes les dermites, il existe une dominante anatomo-pathogénique qui détermine et règle l'une et l'autre, dominante dont le siège est au système nerveux (1).

L'*Eléphantiasis* des arabes complique parfois la lèpre. Mais les deux maladies sont distinctes et évoluent chacune suivant leur mode particulier. La première se différencie de la seconde par sa localisation à une partie du corps, aux membres inférieurs et au scrotum principalement, par l'existence antérieure d'angioleucites multiples, par l'absence de macules et d'anesthésie cutanée, etc.

La *Syphilis*, sous quelques-unes de ses formes, peut donner lieu à un diagnostic différentiel avec la lèpre. On peut prendre pour lèpre une affection syphilitique, et *vice-versa*, méconnaître sur un lépreux des signes de syphilis, et sur un syphilitique des manifestations lépreuses. En

(1) Sclérodermie et asphyxie locale des extrémités. *Gaz. des hôp.* 1878, 16, et 30 mars. Grasset. *Tr. prat. des mal. du syst. nerv.* 1881 : *hemi-atrophie faciale progressive*, rapports avec la sclérodermie et la lèpre.

général, le diagnostic de la syphilis est facile à établir d'après les renseignements commémoratifs, la généralisation et la teinte *sui generis* des macules, l'isolement et le siège d'élection des tumeurs gommeuses, les douleurs profondes sur le trajet des os, en dehors de toute lésion ulcérationnelle, et le résultat du traitement spécifique. Mais, en l'absence de toute notion sur l'origine de la maladie et son mode de début, avant tout essai par la médication mercurielle et iodique, le diagnostic est embarrassant quelquefois, lorsqu'on se trouve en face de certaines formes rares ou exotiques, comme le léontiasis syphilitique et la lèpre kabyle.

La *Scrofule* présente avec la lèpre des analogies qu'il importe de signaler.

Chez le scrofuleux, l'on peut observer, comme chez le lépreux, un certain état d'affaissement physique et moral, le désir immodéré des rapports sexuels ou la frigidité la plus absolue, des éruptions croûteuses, suivies d'ulcérations à la peau ; des manifestations tuberculeuses qui impriment aux parties de hideuses déformations et coïncident souvent avec des lésions des muqueuses extérieures et des viscères ; des rétractions et des atrophies musculaires, un amoindrissement de la sensibilité générale (Bazin) (1). Dans la scrofule, comme dans la lèpre, il existe de l'engorgement ganglionnaire au cou. L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie de la première comme dans celle de la seconde, et quelques auteurs qui n'admettent pas de différence entre la tuberculose et la scrofule, attribuent à celle-ci la transmissibilité par contagion. L'âge même ne saurait être invoqué, d'une manière absolue, comme caractère différentiel entre la lèpre

(1) Neumann attribue une grande importance aux éléments colloïdes de nouvelle formation qu'on rencontre dans le derme chez les lépreux ; ils établiraient une distinction capitale entre la lèpre et l'éléphantiasis.

et la scrofule, depuis que celle-ci a été signalée par Sir Thomas Paget (1), comme beaucoup plus commune chez les vieillards qu'on ne le croyait jusqu'alors.

Mais, dans la scrofule, les troubles de la sensibilité générale, quand ils existent, sont toujours peu marqués ; l'engorgement ganglionnaire arrive très vite à la suppuration : il se rattache à des éruptions tégumentaires de siège et de forme bien définis, éruptions ordinairement impétigineuses et plus fréquentes à la face qu'en aucune autre région ; les ulcérations sont rarement profondes, et si, dans certaines formes (lupus, impetigo rodens), elles aboutissent à la destruction des parties, ce n'est plus par le même processus que les ulcérations lépreuses ; si les articulations sont compromises, si les os subissent la carie, c'est par développement inflammatoire spontané des tissus malades, non par propagation des désordres nés à la surface tégumentaire.

III. --- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'ai défini la lèpre une affection à tendances dégénérative et destructive. Un processus commun préside à l'évolution des lésions caractéristiques de la maladie.

Sous une influence, qui probablement a son origine au système nerveux, le derme cutané subit une modification de ses conditions nutritives, bientôt suivie d'irritation formatrice : les éléments conjonctifs prolifèrent. Les cellules embryonnaires qui résultent de cette prolifération, ou se

(1) Tschiriew. Lésions de la moelle épinière dans la Lèpre. *Arch. de physiologie*, 1879.

maintiennent à l'état de néoplasie pauvre, et ainsi sont engendrés les tubercules, ou éprouvent une transformation supérieure d'où résulte l'état scléreux.

Au niveau des plaques de sclérodermie, les cellules du réseau de Malpighi forment des prolongements qui s'enfoncent dans le tissu du chorion, ou des renflements irréguliers; les fibres du derme sont disposées en tractus serrés; le tissu conjonctif du panicule adipeux, peu à peu privé de graisse, prend l'aspect cicatriciel; la peau est rigide et n'est plus mobile sur les muscles et sur les articulations, elle subit un retrait en rapport avec les propriétés qu'elle acquiert avec l'état fibreux. Gênés dans leur développement, les vaisseaux, les glandes sébacées et sudoripares, les follicules pileux s'atrophient et finissent par disparaître.

Les nodosités ont été bien étudiées par Virchow, Sten-dener, Bergman, etc. Je ne saurais mieux faire que de résumer la description qui en a été donnée par Hébra. — « Vus à l'œil nu, les infiltrats et les nodosités de la peau présentent à la coupe, une masse dense et compacte, finement granuleuse, ou plutôt uniforme, d'un rouge jaunâtre, siégeant dans le tissu cutané. Cette masse envahit parfois la peau, jusqu'au dessous de l'épiderme; dans d'autres cas, il existe entre elle et l'épiderme une couche souple qui paraît encore saine. En bas, elle pénètre à des profondeurs variables; quelquefois elle s'avance manifestement jusque dans le tissu cellulaire. Le plus souvent cette masse n'est pas limitée d'une façon exacte; elle envoie des prolongements dans différentes directions. D'autres fois cependant, elle est entourée par une couche blanche compacte (couche conjonctive de Simon). — Sous le microscope, les plaques infiltrées de la peau, ainsi que les nodosités se présentent sous l'aspect de petites cellules rondes à noyaux, serrées les unes contre les autres, et de noyaux avec

des éléments fusiformes entremêlés, qui sont déposés dans un réseau fibreux délicat du chorion.

Dans les nodosités jaunes, l'infiltration cellulaire n'est pas uniforme, elle est constituée par de petits foyers qui sont situés principalement autour des vaisseaux épaissis qui se trouvent dans leurs parois, autour des glandes et des follicules pileux, tandis que, dans le tissu cellulaire intermédiaire, on ne rencontre les cellules d'infiltration qu'à l'état disséminé, et même, dans certaines places, on ne voit aucune cellule. On trouve plus de vaisseaux dans le voisinage immédiat des foyers d'infiltration que dans leur intérieur, où il n'y en a que très peu. — Les nodosités les plus anciennes et les plus considérables sont entièrement formées des cellules précédemment décrites, avec un réseau fibreux délicat qui en est le point de départ. Les organes glanduleux y ont disparu ; les bulbes pileux sont plus ou moins détruits, et ne contiennent plus que des poils longs et ratatinés, ou une matière granuleuse, épidermoïdale ; quand on peut encore les reconnaître distinctement, ils sont remplis de dépôts cellulaires et les papilles n'existent plus. — Dans les nodosités qui sont en voie de rétrocession, le corps papillaire est atrophié, aminci ou a disparu, et alors la couche épidermique amincie elle-même, recouvre directement le chorion infiltré. Ça et là, on trouve dans ce dernier de petits amas arrondis, colloïdes, isolés ou réunis (1). — A l'intérieur des infiltrats compacts, on ne rencontre que très peu de tissu cellulaire du chorion. — Par contre, les muscles *arrectores pilorum* sont parfois le siège d'un travail hypertrophique.

(1) Neumann attribue une grande importance aux éléments colloïdes de nouvelle formation qu'on rencontre dans le derme chez les lépreux : ils établiraient une distinction capitale entre la lèpre et l'éléphantiasis.

— Danielsen et Boeck ont constaté un certain degré d'infiltration cellulaire même dans les points où la peau ne présentait que des taches. »

Les nodosités tuberculeuses ont le sort habituel de toutes les tumeurs de leur ordre : elles éprouvent une fonte caséuse et aboutissent à l'ulcération.

Le tissu fibreux de nouvelle formation se condense par résorption de la substance intercellulaire, à la longue par la résorption de ses éléments : la peau, de plus en plus atrophiée, s'applique sur les parties sous-jacentes, adhère aux saillies articulaires, et enfin elle s'ulcère.

L'ulcération, quel que soit son point de départ, se continue et s'étend par la destruction moléculaire des tissus. Cette action intime, en vertu de laquelle les éléments anatomiques disparaissent molécule par molécule, est le véritable aboutissant du processus morbide ; elle s'exerce même en dehors de toute ulcération, dans les muscles, que Lamblin et Ollivier signalent comme atteints de dégénérescence graisseuse, amoindris, rétractés, aux régions qui sont le siège des déformations les plus remarquables (main, pied) ; dans les os, dont les saillies s'effacent et qui se fondent, pour ainsi dire, au sein des parties molles demeurées intactes (résorption spontanée des phalanges).

Ces lésions périphériques sont en corrélation avec certaines altérations du système nerveux.

Les nerfs offrent de distance en distance des renflements irréguliers ; ils ont une coloration grisâtre, une consistance plus ferme. Les vaisseaux de la gaine extérieure ont leurs parois épaissies ; le névrilème est transformé en une membrane dure et comme calleuse ; les cloisons qui séparent les tubes nerveux sont infiltrées par une matière qui réfracte fortement la lumière, et que forment des agglomérations compactes de cellules jaunes ; lorsque la maladie a été de

longue durée, on observe la transformation graisseuse et l'atrophie complète des fibres nerveuses primitives. Ce sont là, comme l'a dit Virchow, les lésions de la perinévríte chronique. Aux premières périodes du travail néoplasique correspond l'hyperesthésie, aux dernières l'anesthésie.

La moelle épinière est profondément modifiée. L'arachnoïde et la pie-mère sont plus ou moins injectées ; une exsudation séro-albumineuse environne la moelle et l'origine des nerfs rachidiens. La substance blanche est endurcie par places, elle a comme une consistance cartilagineuse, et elle crépite sous le couteau (Hardy et Labarraque) ; la substance grise est d'une couleur jaunâtre : les médecins suédois ont trouvé les cellules ganglionnaires raréfiées, et Tschiriew a constaté l'atrophie des cellules des cornes postérieures en même temps que l'accumulation, dans le tissu de l'épendyme, de petites cellules rondes, lymphatiques et embryonnaires. Ce dernier observateur aurait reconnu l'intégrité des fibres blanches, que d'autres ont rencontré variqueuses (1).

Peu de recherches ont été entreprises pour établir les altérations du système du grand sympathique : quelques unes mentionnent l'atrophie ultime des fibres nerveuses.

Dans l'encéphale, aucune lésion caractéristique n'aurait encore été notée : Danielsen et Boeck ont seulement signalé des épanchements séreux intra-ventriculaires et de l'épaississement des membranes méningées.

Dans quel ordre se succèdent les lésions que je viens d'énumérer ? Les lésions tégumentaires sont-elles primitives, ou bien au contraire sont-elles la conséquence de l'appareil d'innervation ? — Pour les uns les désordres initiaux se produiraient au derme ; les altérations constatées dans les

(1) Tschiriew, Lésions de la moelle épinière dans la lèpre. *Arch. de phys.* 1879.

nerfs et dans la moelle s'expliqueraient par le processus de la névrite ascendante, développée sous l'influence de l'irritation cutanée. D'autres, Dyevine et Leloir (1) croient que les lésions cutanées dépendent d'une altération des nerfs périphériques. Pour d'autres encore (Danielsen et Bœck, Virchow, Bergman, Stendener, Langhaut, Tschiriew et Rosenthal) (2) l'altération initiale et principale serait dans la moelle. Ce dernier auteur « conclut à l'existence de deux ordres de lésions : myélite, névrite. Quant à leur subordination, deux hypothèses sont, dit-il, possibles. On peut faire de la myélite une complication secondaire, suite de névrite ascendante ; on peut, aussi envisager la myélite comme la lésion primitive, et rattacher la névrite ascendante à un processus secondaire. C'est à cette dernière opinion qu'il se range en se fondant principalement sur les considérations suivantes :

« 1° Malgré l'existence simultanée de lésions inflammatoires dans les centres spinaux et les nerfs périphériques, le développement centripète ne peut être admis, car la continuité des altérations n'existe pas, les recherches les plus récentes ayant montré l'intégrité des racines postérieures ;

« 2° L'expérience a montré que les névrites très hyperplasiques ont peu de tendance envahissante.

Pour lui, la lésion de la lèpre est une myélite des cornes grises postérieures (Polyomyélite postérieure chronique) (3) »

M. Corre médecin de 1^{re} classe de la marine qui a eu

(1) Dyevine et Leloir, rech. sur les altérations nerveuses dans la lèpre : *arch. de phys.* novembre et décembre 1881.

(2) Rosenthal, Zur Klinischen Charakteristik der Lepra anæsthetica. *Vierteljahrssch Dermat and Syphil.* p. 25, 1881) et *Revue d'Hayem*, janv. 1882, p. 188.

(3) H. Doulos, *Rev. de Hayem*, janv. 1882.

souvent l'occasion de voir des lèpres à leur début, se range à la même opinion en se basant sur les prodrômes de la maladie : tristesse, abattement, fatigue au moindre effort, penchant irrésistible au sommeil, inappétence, nausées, éructations, cardialgie, frissons et accès de fièvre. Ne sont-ce pas là des symptômes qui traduisent l'état d'amoindrissement de l'activité cérébro-spinale? Les seules lésions cutanées de cette période sont les taches anesthésiques qui se montrent avant toute modification appréciable dans la structure du derme (1).

Notons en outre que la marche de phénomènes morbides rappelle de la manière la plus frappante les troubles trophiques observés à la suite des lésions des nerfs périphériques et de certaines formes de scléroses médullaires. (2).

Mais par quel mécanisme intime s'opère la destruction des tissus?

L'on a cru trouver quelque analogie entre le processus de mutilation de la lèpre, et celui de l'asphyxie locale des extrémités. Cette analogie n'existe pas à mon avis. Dans l'asphyxie locale des extrémités, il y a interruption de la circulation sous l'influence d'un spasme des vaisseaux; la partie est exsangue, elle se décolore, puis elle devient noire et insensible; une phlyctène se développe, une eschare superficielle se forme et se détache, ou le doigt tout entier se momifie et tombe; c'est bien là la gangrène sous sa forme habituelle (3). Rien de semblable ne se voit dans l'évolu-

(1) Lancereau et Hillairet, à propos des cas qu'ils ont observés n'hésitent pas à déclarer qu'ils considèrent la lèpre comme une affection d'abord nerveuse, surtout nerveuse, qui atteint la nutrition par l'intermédiaire des nerfs trophiques. (*Gaz. des hôp.* 19 juillet 1881; *soc. de biologie*, 11 déc. 1880).

(2) Voir les premières leçons de Charcot sur les mal. du syst. nerveux. Paris 1875.

(3) Traité des mal. du syst. nerv. Grasset.

tion des mutilations lépreuses : il n'y a pas formation d'eschares, il y a destruction des tissus de proche en proche, à la suite d'une ulcération tuberculeuse ou atrophique.

Convient-il d'invoquer le processus de la gangrène moléculaire successive, qu'on recontre dans l'ulcération du chancre phagédénique, dans la pourriture d'hôpital etc., et que les allemands ont décrit sous le nom d'inflammation diphtéritique? On sait que cette gangrène « est considérée comme le résultat d'une infiltration des tissus par de la fibrine et par du pus, qui, par la compression qu'ils exercent sur les vaisseaux, empêchent l'afflux du sang dans les parties malades; comme ces lésions se localisent aux surfaces malades, la couche superficielle des parties sera privée de vie, et une élimination moléculaire en sera la conséquence (1). » Mais cette explication, admissible à la rigueur dans les formes lépreuses où l'on constate une infiltration néoplasique, ne saurait s'appliquer aux formes où l'ulcération s'accomplit comme en dehors de tout travail appréciable de cette nature, par exemple, aux variétés simplement ulcéreuses qui demeurent superficielles; elle laisserait d'ailleurs en dehors d'elle les cas de mutilation par résorption spontanée des parties profondes.

Le processus morbide qui semble offrir le plus de ressemblances avec celui des mutilations lépreuses est celui qui caractérise le mal perforant. Dans cette affection singulière, la destruction s'accomplit sous l'influence d'un travail de désagrégation moléculaire, de résorption intime, qui est sans doute précédé d'une altération dégénérative des tissus, et que l'on tend aujourd'hui à rapporter à une lésion du système nerveux. De même, dans la lèpre, la disposition des

(1) Cornil et Ranvier, *man. d'hist. pathol.* p. 103.

éléments anatomiques molécule par molécule, est le véritable aboutissant des troubles trophiques qui prennent leur origine au système nerveux. Dans l'une et l'autre maladie, c'est une sorte de nécrobiose qui diffère de la gangrène en ce qu'elle enlève à l'organisme des parties demeurées vivantes, tandis que la gangrène frappe d'abord de mort et sépare du milieu organisé les tissus qui doivent disparaître (1).

Si l'on admet que les altérations nerveuses précèdent les altérations tégumentaires, qu'elles sont primitives par rapport à celles-ci, convient-il également de les déclarer originelles ou de les rattacher à une altération du sang primordiale? La question est indécise. Dans la lèpre, le sang est plus noir, plus fluide qu'à l'état normal, il y a augmentation dans la proportion des matières grasses, de la fibrine et des albuminates, diminution du nombre des globules rouges. Mais ces altérations, qui, d'ailleurs n'ont rien de spécifique, peuvent tout aussi bien être la conséquence des troubles de la nutrition, que la cause des lésions solidiques. La découverte récente de bactéries dans le sang et les productions pathologiques des lépreux contribuera peut-être à jeter quelque lumière sur l'origine réelle du processus morbide.

Il me reste à signaler les lésions observées dans les principaux organes, au cours ou à la période ultime de la maladie.—

(1) « Le Dr Hivonnait (Th. de Paris, 1875) considère la lèpre comme une artérite chronique généralisée. — Il donne à l'appui plusieurs observations d'autopsies dans lesquelles les artères étaient constamment diminuées de calibre : souvent même les artères des membres étaient ossifiées et des caillots adhérents oblitèrent complètement ces vaisseaux. L'ulcération résulterait ainsi de l'oblitération des vaisseaux dans un certain département ; ce serait la gangrène des parties qui ne sont plus alimentées par le sang. — Ces lésions se rencontrent en effet quelquefois dans la lèpre avancée, mais cette artérite, loin d'être la cause de la maladie, n'est-elle pas plutôt une lésion consécutive à l'altération du système nerveux. » (Dr Corre) ?

Les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, bosselés, durs ; les vaisseaux qui en partent et qui y aboutissent, offrent des distensions variqueuses et ont leurs parois épaissies. — L'infiltration tuberculeuse se rencontre à différents états dans les séreuses, dans les organes des sens, dans les viscères paren chymateux, les pœumons, le foie, la rate, les reins, le testicule et les ovaires, etc., où elle s'accompagne de lésions secondaires plus ou moins avancées (hyperémie, inflammation ulcéralive, inflammation scléreuse et atrophie).

IV. --- DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE & ÉTIOLOGIE

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE (1).

AFRIQUE. — La lèpre est très répandue en Egypte, qui serait d'après certains auteurs, le berceau de la maladie : elle est endémique sur le littoral de la Mer Rouge et de la Méditerranée, dans la vallée du Nil. — Elle serait inconnue dans le Sennaar (Brocchi) ; mais reparaitrait dans l'Abyssinie, où elle n'épargnerait pas même les habitants des montagnes. — « Elle est commune sur toute la côte orientale d'Afrique (Zanzibar, Mozambique, etc.), endémique à Madagascar ; on l'observe fréquemment à Nossi-bé parmi les Malgaches ; elle n'est point rare à Bourbon, à Maurice et aux Seychelles, chez les sujets de toute race » (2). Elle est assez répandue au Cap pour nécessiter l'entretien de deux léproseries. — La lèpre sévit avec intensité sur les populations noires de la côte

(1) Hirsch, Handbuch der historich geographischen Pathologie. Erlangen, 1859-64.

(2) Communication du D^r Corre.

occidentale d'Afrique ; le Dahomey serait cependant préservé de la Maladie, et le Bengale moins fortement éprouvé que le reste du littoral.

« J'ai rencontré des lépreux, m'écrit le Docteur Corre, parmi les Foulahs comme parmi les négres, dans le Rio-Nunez ; j'ai été frappé du nombre considérable de ces malheureux dans les cercles de Joal et de Portudal, à quelques lieues de nos établissements de Dakas et de Gorée : j'ai grand peine à croire que la maladie soit plus rare sur le littoral en Sénégambie, que dans l'intérieur des terres, ainsi qu'on l'a annoncé, car il suffit de visiter quelques villages noirs à proximité de la mer, pour se convaincre de l'extrême fréquence de la lèpre, parmi la population qui les habite. »

La maladie a été signalée au Soudan, dans le Darfour ; elle est très commune parmi les Maures et les Arabes, comme aussi parmi les noirs amenés de l'intérieur, dans les Etats de l'Afrique septentrionale ; nos médecins militaires l'ont observée en Algérie, même parmi les Kabyles (1). — Les Iles africaines de l'Atlantique n'échappent pas à la lèpre : elle a été rencontrée à Sainte-Hélène, aux Açores, et elle est fréquente à Funchal (Madère).

ASIE. — La lèpre est endémique en Arabie, en Syrie, en Palestine : elle existerait même dans les montagnes du Liban (Grunwer). Dans la Perse on la rencontre surtout au N.-O. de Téhéran, dans le district de Chamsé, à Sendscham, à Kaswin ; dans le Turkestan, à Boukhara. De nombreux observateurs en mentionnent la fréquence en Chine où des léproseries sont établies depuis le XV^e siècle : la maladie serait surtout commune dans les pays bas et humides ; elle sévirait principalement dans les provinces

(1) E. L. Bertherand, *méd. et hyg. des Arabes*. Paris, 1855.

méridionales, parmi lesquelles la province de Canton constituerait le véritable foyer endémique (elle renfermerait plus de 10,000 lépreux d'après le docteur Woug, cité par Durand-Fardel) ; elle disparaîtrait vers le Nord, du 25° au 30° degré de latitude : cependant au centre de l'empire à Hankow, région basse et souvent inondée par les débordements du fleuve Bleu, la lèpre serait commune ; à la même latitude à Shanghai on ne la rencontre pas (1). — Au Japon la maladie paraît rare, mais elle ne diffère pas des formes décrites en tout autre pays (2). — Elle serait commune dans le Kamtchatka. — L'endémicité de la lèpre est bien établie dans l'Inde ; la maladie serait moins répandue dans le Dekan que sur les côtes orientales (Morchhead) ; à Ceylan elle atteindrait son maximum de fréquences sur le littoral. — La maladie est répandue dans les diverses races de la presqu'île Indo-Chinoise ; il existe une léproserie auprès de Saïgon (3). Elle est fort commune au Cambodge et surtout dans la province de Kampot sur le golfe de Siam. Il existe encore à Ang-kor-thom ancienne capitale de ce royaume, une statue représentant le roi lépreux (Sedach-Komlong) qui régnait il y a environ trois cents ans ; quelques tubercules sont sculptés sur sa figure et sur ses mains.

Océanie. — La lèpre est commune dans les îles de la Malaisie : c'est de là et de la Chine qu'elle paraît avoir

(1) Durand Fardel. Sur la lèpre, d'après les livres chinois, rap. de Dudgeon sur l'état sanitaire de Péking. *China, imp. mar. cust. op. sev.* 1875.

(2) Aussi doit-on quelque peu s'étonner de voir le Docteur Ashmead étudier comme une maladie nouvelle, « qu'il n'avait jamais vue décrite dans aucun ouvrage ni dans aucun journal, » la lèpre japonaise, sous la forme anesthésique. *The Doctor*, mai 1875, et *arch. de méd.* nov. août 1875.

(3) Le malade récemment étudié par Lancereau était un instituteur qui avait contracté la lèpre en Cochinchine.

envahi un certain nombre d'îles de la Micronésie et de la Polynésie.

La maladie est endémique à Sumatra, à Java à Bornéo, aux Célèbes et aux Philippines ; elle est répandue aux îles Mariannes, aux îles Carolines, aux îles Samoa ou des Navigateurs ; elle est demeurée rare à Tahiti et aux Marquises (Nielly) ; introduite aux îles Sandwich ou Hawaï vers 1848, elle y a fait depuis cette époque les plus effrayants progrès (1).

L'Australie serait demeurée indemne.

AMÉRIQUE. — La lèpre y est aujourd'hui très commune : importée par la traite africaine, elle sévit sur toutes les races, mais principalement sur les nègres, les indiens et les métis.

La lèpre est commune au Mexique, sur le littoral et jusqu'à une altitude de plus de 1000 pieds ; aux Antilles (Cuba, Jamaïque, Barbades, Guadeloupe) ; elle serait plus rare à St-Barthélemy, à Ste-Lucie à la Martinique et à Porto-Rico ; à la Nouvelle Grenade (Bogota, Tunja, Pamplona, etc.) ; dans l'Equateur (Quito) ; dans le Venezuela et dans les trois Guyanes.

Son principal centre endémique serait le Brésil ; les provinces de Rio-Grande et de Maranhão seraient seules épargnées ; celles de Malto-Grosso, de Minas-Geraes, de San-Paolo, très marécageuses, seraient les plus atteintes.

On dit la lèpre inconnue dans le Nicaragua, peu connue à la Plata excepté dans le Parana et l'Uruguay où elle est endémique, rare au Chili et au Pérou.

On ne l'observait ni aux Etats-Unis ni au Canada.

Blaschke l'a rencontrée chez les indigènes des îles Aléoutiennes.

(1) Leprosy, by George W. Woods ; U. S. navy, rep. 1879.

EUROPE. — La lèpre existait en Grèce dès l'antiquité. Elle y est demeurée endémique, ainsi que dans les îles avoisinantes (Eubée, Andros, Tenedos, Patmos, Samos, Céphalonie, Candie; îles Ioniennes) (1).

A Constantinople, elle ne serait pas très connue: on prétend que la plupart des lépreux rencontrés dans cette ville viennent de l'Asie-Mineure.

A Malte, elle a été signalée par Danielsen et Bœck.

Elle existait en Italie bien avant l'époque des croisades (2), mais c'est à la suite de ces guerres, qui mirent si longtemps en contact la plupart des nations de l'Europe avec l'Orient, que la lèpre se multiplia en Italie et qu'elle envahit la France méridionale et l'Espagne. En Italie la lèpre était autrefois très commune à Comacchio (delta du Pô); elle y serait aujourd'hui assez rare; elle serait surtout fréquente le long des côtes du golfe de Gênes et dans quelques centres rapprochés du littoral (San Remo, Turbia, etc.; à Chiari, à Varazza on n'observerait que des cas isolés).

La lèpre serait fréquente à Monaco. Elle est devenue rare sur le littoral provençal, seule région où on la rencontre encore en France (Martigues, Vitrolles, Berre, Rognac, etc.).

La maladie est restée un peu plus fréquente en Espagne, dans les provinces de l'ancien empire musulman (Catalogne, Andalousie, Galice, Asturies). — Elle existe à l'état isolé dans certaines localités du Portugal, dans les provinces de Beira, d'Algawes et à Lisbonne; elle est endémique dans le district montagneux de Lafoès.

Des cas isolés se rencontrent en Suisse, en Allemagne, dans les Pays-Bas, en Danemarck, en Angleterre; la mala-

(1) Pasqua: La lèpre à Chio; *Bul. gén. de théér.* 15 décembre 1880.

(2) Comme le prouve l'ordonnance relative aux lépreux du roi des Lombards, Rotharic.

die aurait disparu des îles Shetland et des îles Feroë; elle règne toujours en Irlande, mais dans des proportions qui tendent à s'amoindrir; très-répandue en Suède au dernier siècle, elle est devenue rare en ce pays: on ne la trouve plus que par cas isolés dans les provinces d'Angermanland, de Medelpad, d'Helvingland, d'Upland, et de Bohmtau. Mais la maladie persiste comme endémie dans la Norwège (Spedalskhed): on la trouve sur tout le littoral, de Stavanger au Finmark, et aussi à l'intérieur; les provinces qui renferment le plus grand nombre de lépreux, sont par ordre de proportion décroissante, Bergen, Nordland, Stavanger, Drontheim et Finmark.

En Russie, la lèpre est inconnue dans les provinces centrales; elle s'observe en Finlande, en Courlande et en Esthonie, mais surtout dans les provinces du Sud et de l'Est, parmi les cosaques du Don et de l'Oural (Crimée, littoral de de la mer d'Azof, Astrakan, etc.). La maladie aurait été signalée dès le xv^e siècle (Krebel).

Étiologie.

Comme on le voit par ce qui précède, la lèpre se maintient à l'état endémique dans des pays de climats et de sols très-divers: il ne faut donc point rechercher les bases de son étiologie dans les éléments météorologiques et telluro-hydrologiques.

Toutefois, il est incontestable que la maladie sévit principalement dans les régions comprises entre les tropiques et qu'elle affectionne les localités basses, humides et marécageuses.

L'influence de la race découle peut-être uniquement des modalités hygiéniques qu'entraîne la différence des condi-

tions sociologiques; mais quelque explication qu'on lui donne, elle constitue un fait digne de remarque. Les races noires sont partout les plus éprouvées, en Afrique comme en Océanie et en Amérique. Les races jaunes, bien qu'infectées à un assez haut degré semblent déjà moins accessibles à la maladie, et, chez elles, les centres endémiques tendent à se limiter, à se retrécir. La fréquence, d'ailleurs variable, de la lèpre parmi les Malais, les Indo-Chinois et les Hindous eux-mêmes, n'est pas sans doute dépourvue de toute relation avec la nature et le degré des croisements subis par ces peuples. Les Maures et les Arabes entretiennent la maladie parmi eux en raison de leurs unions nombreuses avec les femmes de race nègre. Quant aux races européennes, après avoir payé au moyen-âge une large tribut à la lèpre, elles se sont peu à peu débarrassées de ce fléau aujourd'hui resserré dans des centres de médiocre étendue et dont on peut espérer la disparition prochaine. Même au sein des populations le plus éprouvées par la lèpre, à la côte occidentale d'Afrique, aux Antilles, aux Sandwich, le blanc semble jouir d'une immunité relative considérable, en quelque condition sociale qu'il soit appelé à vivre; mais cette immunité s'atténue par la créolisation.

L'influence de l'âge a été fort exagérée. On a nié l'existence de la lèpre dans le jeune âge; mais des faits prouvent que la maladie atteint l'extrême enfance comme l'extrême vieillesse. La lèpre peut se déclarer pour ainsi dire dès la naissance, chez les sujets issus de parents lépreux (Brassac); aussi en Norvège, enlève-t-on leurs nouveaux nés aux spedalsques. Toutefois la période la plus favorable au développement de la maladie serait comprise entre 10 et 25 ans.

Le sexe masculin est atteint dans une proportion plus considérable que le sexe féminin.

Le tempérament lymphatique, une constitution faible

sont regardés comme des influences prédisposantes par un grand nombre de médecins. Mais ce sont là des influences banales qu'on trouve signalées à propos de la plupart des maladies. Plus réelle est peut-être l'influence de la scrofule et de la syphilis. Chez beaucoup de lépreux, les symptômes de la maladie ont été précédés de manifestations syphilitiques, et les populations le plus profondément éprouvées par la scrofule sont aussi celles au milieu desquelles la lèpre se répand avec le plus de facilité et se maintient avec le plus de ténacité : En Europe, les Norwégiens sont un exemple des relations de la scrofule avec la lèpre; on rencontre de même ces relations chez les peuples de race noire : si la scrofule a été signalée comme rare, exceptionnelle, chez les noirs, c'est qu'elle a été méconnue; elle a été trouvée fréquente parmi les noirs de Joal et de Portudal, centres d'endémie lépreuse (docteur Corre); il n'est pas un médecin qui ne soit aujourd'hui forcé de reconnaître combien le vice scrofuleux est répandu chez les noirs d'Amérique; en Océanie, ce vice joue certainement un rôle important parmi les causes de dégénérescence qui entraînent si rapidement l'amointrissement des races indigènes, et le Docteur Woods, en le relevant chez les Hawaïens n'hésite pas à le considérer comme favorable au développement de la lèpre. Remarquons encore l'existence de la lèpre chez les Chinois méridionaux, l'un des peuples les plus scrofuleux de la terre.

L'influence des professions, de la situation sociale n'est pas déterminée : on rencontre la lèpre chez des individus de toutes classes et de toutes professions.

Les affections morales, la suppression d'un flux habituel, les violences extérieures, souvent invoquées comme des causes de la maladie, n'ont évidemment qu'une action secondaire : elles ne font que hâter les manifestations d'une prédisposition acquise ou innée.

L'alimentation a surtout été incriminée. Qu'un régime pauvre, entretenant l'organisme dans un état de nutrition défectueux, soit une cause de prédisposition importante, je l'admets, mais seulement comme influence banale : combien de peuples sont soumis à une alimentation critiquable, et qui cependant, ont échappé aux atteintes de la lèpre ; dans les centres d'endémie lépreuse, combien de personnes demeurent indemnes, malgré la communauté des habitudes alimentaires avec celles qui sont victimes de la maladie ? L'usage du poisson a particulièrement été mentionné comme susceptible de produire la diathèse lépreuse : pour appuyer cette opinion, l'on a fait remarquer que la lèpre se rencontrait principalement parmi les populations maritimes, et consommant beaucoup de poissons ; on a dit que la maladie avait disparu dans certaines localités, depuis que les habitants avaient abandonné la pêche pour la culture du sol (Iles Feroë, Back). Mais pour montrer l'exagération de cette opinion, il suffit de considérer la distribution géographique de la lèpre : la maladie ne s'observe pas, en Europe, chez les populations du littoral de la Manche ; elle est très rare en Hollande, où l'on fait cependant un grand usage du poisson fumé ou salé ; elle est rare parmi les Japonais, grands mangeurs de poissons, etc. ; d'autre part, on la rencontre au Mexique et dans les provinces septentrionales de l'Amérique du Sud, chez des populations de l'intérieur qui vivent plutôt de la chasse que de la pêche ; elle se développe chez les Océaniens, précisément à une époque où le régime de ces peuples s'est amélioré grâce à la culture et à l'élevage des bestiaux, sur certaines îles placées sous l'influence des Européens. Le fait de la disparition de la lèpre dans quelques îles, depuis l'abandon de l'ichthyophagie marque trop évidemment la coïncidence d'un changement de régime avec une amélioration générale des conditions hygiéniques pour conserver quelque valeur démonstrative dans l'étiologie de la maladie.

En résumé, nous ne connaissons rien des conditions spéciales qui produisent la lèpre spontanée.

La science est heureusement moins ignorante des conditions de transmission de la maladie.

La lèpre, se transmet : 1° par hérédité, 2° par contagion. Hérédité. — La croyance à la transmission héréditaire était commune dans l'antiquité. Elle existe de nos jours dans tous les pays à localités endémiques, où des lois sont parfois destinées à combattre l'extension de la maladie par l'interdiction du mariage aux sujets lépreux (Chine). Elle est adoptée par le plus grand nombre des médecins.

Des faits nombreux et bien observés permettent d'établir :

1° que l'hérédité est maternelle ou paternelle : la première serait plus fréquente que la seconde. (Danielsen et Bœck) ;

2° que la transmission n'est pas continue et qu'elle est plus répandue dans la ligne collatérale que dans la ligne directe. « La maladie non seulement franchit quelques
« générations, mais aussi se présente dans la 2^e et la 4^e
« génération avec une bien plus grande intensité que dans
« la 1^{re} et la 3^e. S'il arrive qu'elle ait épargné la 1^{re} génération
« elle se montre généralement chez tous les individus de la 2^e,
« qui en transmettent le germe aux générations suivantes.
« Assez souvent, nous avons trouvé que la spedalskhed
« franchissait les 2^e et 3^e générations et qu'elle ne se ren-
« contrait que dans la 4^e, où elle se répandait dans toutes
« les directions pour ainsi dire, avec une nouvelle énergie...
« Aucune circonstance extérieure ne paraît même favoriser
« cette bizarrerie, car nous avons beaucoup d'exemples que
« les enfants de parents spedalsques ont vécu dans un état
« malheureux, exposés aux circonstances hygiéniques les
« plus défavorables causes ordinaires de la spedalskhed, et
« qu'ils ont néanmoins vécu exempts de ce fléau, jusqu'au

« jour de leur mort, pendant que nous avons vu, attaqués
« de la spedalskhed, les enfants de ces mêmes enfants, ou
« autrement, les petits enfants qui n'avaient pas du tout
« souffert du besoin, mais qui étaient toujours bien nour-
« ris, et dont plusieurs avaient même vécu éloignés de leur
« pays. » (Danielsen et Bœck).

3° que dans la transmission paternelle, la mère peut demeurer indemne. Hillairet en fournit un curieux exemple. « Une dame, dont les autres enfants étaient sains, eut un dernier fils, qui, au bout de quelques années devint lépreux. Elle avoua que ce dernier enfant était illégitime ; une enquête apprit que le père réel était lépreux, et de famille de lépreux ; la femme était cependant restée indemne, et le produit de la conception présentait seul la maladie du générateur (1). »

3° que dans la transmission par voie d'hérédité, les premières manifestations de la lèpre peuvent se produire chez l'enfant à une époque très rapprochée de la naissance, rarement cependant avant la troisième année, le plus souvent à l'âge de la puberté.

Contagion. — La contagiosité de la lèpre a été admise pendant bien longtemps sans conteste: cette doctrine a dicté les règlements sévères, souvent barbares, qui séparaient les lépreux du reste de la société, dans l'antiquité, au moyen-âge et jusque dans les temps modernes. Il était réservé à notre époque de combattre énergiquement la croyance à la contagion et de produire la découverte la plus propre à fortifier cette croyance !

Déjà vers la fin du dernier siècle, Delaborde (2) et

(1) *Soc. méd. des hôp.* 23 juillet 1880.

(2) Rap. à la soc. roy. de méd. sur le *mal rouge* de Cayenne. 1784.

Bajon (1) à Cayenne, émettent quelques doutes relativement à la contagiosité de la lèpre.

Ils la considèrent comme faible au début de la maladie et ne lui accordent une certaine puissance qu'à la période d'ulcération des tubercules. Campet va plus loin : il déclare la lèpre « difficilement contagieuse par la cohabitation commune, quelquefois même par la copulation » et il existe des observations à l'appui de son opinion (2).

Danielsen et Boeck, Brassac et plusieurs autres médecins d'une grande autorité (3) ne croient pas à la contagion, parce qu'ils n'ont vu la maladie transmise ni par la cohabitation des lépreux dans un milieu commun avec des personnes saines ou des personnes atteintes d'affections diverses (salles d'hôpital), ni par la cohabitation conjugale la plus intime; Rayer parle d'un de ses élèves qui revêtit à plusieurs reprises les habits d'un lépreux sans aucun résultat fâcheux. Si la lèpre était contagieuse elle immolerait un plus grand nombre de victimes dans les centres endémiques : on citerait des exemples de sœurs, d'infirmiers, de médecins, contaminés en donnant leurs soins aux malades. On ne connaît aucun exemple de contagion par inoculation.

Ces objections, que l'on peut répéter à propos des maladies dont la contagiosité est la mieux établie, tombent devant les faits qu'on leur oppose. (4).

L'importation de la lèpre dans les localités jusqu'alors indemnes, le développement si rapide de la maladie dans les

(1) *Memoire sur Cayenne.*

(2) *Traité des mal. des pays chauds.*

(3) Mitroy, Sonnereu, etc. Dans le rapport sur la lèpre présenté par les membres du collège royal des médecins de Londres en 1867, 9 voix soutiennent la contagion et 66 la repoussent.

(4) Droguat-Londré. De la contagion de la lèpre. Paris, 1869.

petites îles océaniques sont déjà des arguments bien probants en faveur de la contagion. Mais il convient de n'apporter ici que des observations précises.

Les exemples de contagion à la suite d'une cohabitation conjugale, sont très-communs à Canton, au dire du Dr Wong; ce praticien de race chinoise et par conséquent très au courant des mœurs du pays, semble même convaincu de la fréquence de la contagion après des rapports sexuels accidentels, car il signale comme un danger les promenades nocturnes des femmes lépreuses, qui se livrent à la prostitution clandestine (1).

L'année dernière, Vallin communiquait à la Société médicale des hôpitaux un cas de lèpre hyperéthésique, dont l'origine ne pouvait être rattachée qu'à la cohabitation avec un jeune nègre atteint de lèpre.

Aux Iles Hawaiï, le premier lépreux fut un coolie chinois du nom d'Ahia: tous les cas observés au début de l'endémie furent présentés par des sujets qui fréquentaient Ahia. A Molokui, la plupart des malades attribuaient leur état aux rapports qu'ils avaient eu avec des lépreux (Woods).

« Le Docteur Hidelbrand cite le fait suivant: A Bornéo, un jeune garçon européen avait l'habitude de jouer avec un enfant de couleur atteint de lèpre. Un jour, celui-ci enfonça la pointe de son couteau dans une partie de son corps anesthésié, opération qui fut aussitôt répétée par son camarade avec le même couteau. Quelque temps après, l'Européen partait pour la Hollande, y atteignait sa maturité, et, au bout de dix-neuf ans revenait à Bornéo en pleine atteinte de lèpre. — Dans les hôpitaux de Calcutta et d'autres régions de l'Inde orientale, des infirmiers, positivement indemnes de

(1) *La lèpre est-elle contagieuse?* J.B. Baillière, Paris. 1879.

toute influence héréditaire, ont souvent contracté la maladie par des inoculations accidentelles, subies dans l'exercice de leurs fonctions; le Docteur Robertson, directeur de la léproserie des Séchelles, devint lépreux pendant sa période de service dans cette maison ». (Woods).

Les médecins américains, aux îles Hawaï, croient que l'extension de la lèpre parmi les indigènes est due, dans une certaine mesure, aux vaccinations pratiquées pendant plusieurs épidémies de variole, avec un virus trop souvent pris au hasard, et ne possédant pas toute la pureté désirable. (Woods).

Les acares, que Danielsen et Bœck tendaient à regarder comme une des causes déterminantes de la lèpre, n'agiraient-ils pas comme organismes transportateurs et inoculateurs du principe morbide ? On serait porté à le croire, d'après ce qui précède et d'après ce qui va suivre (1).

La croyance à la transmission de la lèpre par les matières excrétées, sueurs, crachats, salive, etc., et les objets divers qu'elles pénètrent et qu'elles souillent est très répandue dans les pays intertropicaux. En Océanie, on incrimine avec quelque apparence de raison, comme une cause puissante d'infection chez les indigènes, l'habitude de manger en commun au même plat, avec les doigts qui s'imprègnent des liquides buccaux et surtout la coutume de boire le Kava ou Ava (2) à la même écuelle.

Mais la découverte de certains organismes dans le

(1) Baupérthuy a soutenu que la lèpre reconnaissait : 1° comme cause déterminante, l'inoculation d'un virus par des acares divers ; 2° comme cause prédisposante, la diathèse herpétique et syphilitique, produisant l'afflux de produits excrémentiels dans le tissu dermique et préparant ainsi un terrain favorable. (Brassac. Mission de Cumana : Cavasse th. citée).

(2) Boisson fermentée préparée avec le *Piper metysticum*.

sang, dans les produits de sécrétion, dans certains organes (foie, troncs nerveux) et dans les masses tuberculeuses, chez les lépreux, a surtout contribué à ramener les esprits dans la doctrine contagioniste.

En 1873, le Dr A. Hausen, de Bergen, reconnaissait l'existence d'une bactérie spéciale dans la lèpre, bactérie à laquelle il donnait le nom de *Bacillus Lepræ* (1) ; les recherches d'Ecklund, de Neisser, d'Hillairet, de Gaucher, de Cornil, etc., ont confirmé la découverte du médecin hollandais. Le nouveau parasite se présente : 1° sous la forme de corpuscules arrondis, punctiformes (micrococcus), isolés ou réunis en chaînettes ; 2° sous la forme de bâtonnets (*bacillus*), isolés ou réunis en faisceaux ; il se colore sous l'influence du violet d'indigo. Gaucher a obtenu la reproduction de la bactérie dans des milieux de culture artificiels (bouillon).

D'après Cornil et Suchard (*Union méd.* 29 sept. 1881, *in Soc. Méd. des Hôpitaux*) les tubercules lépreux de la peau sont constitués par une infiltration du corps papillaire et du derme cutané par de grosses cellules globuleuses ou aplaties, situées entre les fibres du tissu conjonctif : les papilles, les glandes, les follicules sont atrophiés : c'est dans le protoplasma de ces cellules et de celles du tissu conjonctif qu'on rencontre les bâtonnets disposés en faisceaux ou isolés ; les diverses couches de l'épiderme ne contiennent aucun microbe. On trouve aussi des bactéries dans les organes, le foie entre autres.

Cette découverte est d'une haute importance ; mais pour

(1) Note de Gaucher et Hillairet, *Soc. de Biologie*, 4 déc. 1880 ; note de Gaucher, même Soc. 11 juin 1881 ; com. de Cornil à la *Soc. méd des hôp.* 10 juin 1881, et *Ar. de méd.* 8 nov. 1881.

qu'elle acquière toute la valeur d'un argument décisif en faveur de la nature parasitaire et contagieuse de la lèpre, il faut qu'un expérimentateur arrive à reproduire la lèpre chez les animaux. Or, on ne saurait le nier, jusqu'à ce jour, les tentatives d'inoculation sont demeurées négatives. Il ne convient pas cependant, de tirer de cet insuccès une conclusion contre la doctrine de l'infectieux animé, car nous ignorons quelles espèces animales possèdent l'aptitude à contracter la maladie. Il faut attendre de nouvelles recherches.

Mais quels que soient les résultats de l'expérimentation, ils ne peuvent effacer ceux de l'observation : il me semble difficile de rejeter tous les faits de contagion recueillis en divers pays, et de refuser à la maladie lèpreuse une transmissibilité qu'on accorde aujourd'hui à la phthisie pulmonaire. Dans la lèpre, comme dans la phthisie pulmonaire, la contagion réclame un ensemble de conditions intimes qui fort heureusement ne se rencontrent pas toujours réunies autour du sujet exposé à la subir ; elle se manifeste surtout dans les conditions de cohabitation conjugale. La contagion dans l'une et l'autre maladie, s'exerce-t-elle en dehors de l'état de ramollissement des tubercules, en dehors de la phase ulcéreuse ? C'est ce qu'on ne saurait affirmer.

Pour moi, je crois à la contagiosité de la lèpre, mais j'inclinerais volontiers à penser qu'elle se manifeste principalement et peut-être exclusivement dans la forme tuberculeuse à la période ultime du processus morbide.

Prophylaxie et traitement.

Pour les médecins qui ne croient pas à la contagion, la prophylaxie se borne à l'emploi des moyens hygiéniques et médicaux les plus propres à modifier la constitution chez

les sujets prédisposés par l'hérédité (déplacement hors du milieu endémique, séjour dans un climat salubre, bonne alimentation, administration de médicaments toniques et dépurateurs).

Pour les médecins qui sont convaincus de la contagiosité de la lèpre, l'isolement des malades est une conséquence logique de la doctrine. En Europe, où les tendances philanthropiques sont très marquées, il est bien évident que tout retour aux règlements sévères d'autrefois est impossible ; la mise en vigueur des anciennes ordonnances serait d'ailleurs une barbarie inutile, car la lèpre ne se rencontre plus avec la puissance de contagiosité qu'elle paraît avoir présentée au moyen-âge, et les centres endémiques vont chaque année se rétrécissant sous l'influence des progrès de l'hygiène. Mais hors d'Europe les conditions ne sont plus les mêmes : les foyers d'infection ont conservé toute leur activité ; l'aptitude de certaines races à contracter la maladie, aptitude accrue par la misère et par l'incurie qu'entraînent des habitudes sociales regrettables, maintiennent l'endémie et favorisent son extension. Il y a donc lieu de recommander la création de léproseries dans les pays intertropicaux, surtout dans les contrées de race nègre, et de veiller à ce que l'isolement de ces établissements, sans dégénérer en une séquestration absolue, qui serait un véritable supplice infligé à des malheureux dignes de toute pitié, soit cependant suffisant pour empêcher des communications journalières avec les centres de population à protéger. Par exemple, on choisira, à quelque distance des localités le moins peuplées, une île ou une presqu'île à climat salubre, propre à la petite culture, pour y élever des villages de lépreux ; ces villages seront ravitaillés à des époques déterminées et placés sous la direction d'un médecin, chargé tout à la fois de la surveillance des communications et des soins professionnels les plus

propres à améliorer l'état des malades (1) : un trop grand nombre de léproseries sont comme abandonnées à la pitié publique et privées de toute action médicale !

En tout pays, le mariage doit être interdit à un sujet lépreux ; car s'il est un fait indéniable, c'est la transmissibilité héréditaire de la maladie. Autoriser le mariage d'un lépreux, c'est lui permettre de multiplier le nombre des malheureux contaminés, de vouer toute une génération peut-être à la maladie.

Traitement

Le traitement curatif de la lèpre est encore à trouver : nombreux sont les remèdes, mais rares sont les médications qui comptent des succès, si rares même qu'on peut hésiter à rapporter les guérisons signalées à la seule influence des agents médicaux, et qu'on est peut-être en droit d'attribuer la plus large part dans la disparition des phénomènes morbides, à une rétrogradation spontanée du processus encore peu avancé.

C'est bien surtout de la lèpre qu'on peut dire : l'impuissance de la thérapeutique est un opprobre pour la médecine.

Les moyens employés contre la maladie sont empiriques ou rationnels : il est assez curieux d'observer que les premiers comptent jusqu'à présent les seules guérisons constatées !

Sous le titre de moyens empiriques, je range les médications qui ne reposent sur aucune base théorique, s'appuient sur des considérations étiologiques banales ou erronées (impaludation, infection syphilitique, etc.) et ne visent à mo-

(1) Une léproserie de ce genre existe à la Désirade, petite île dépendant de la Guadeloupe.

difier qu'un état général cachectique commun à un grand nombre de maladies, ou l'état particulier des téguments. A ce groupe, il convient de rapporter les agents thérapeutiques suivants :

Les martiaux, les arsenicaux, les mercuriaux, le phosphore, l'antimoine, le bismuth, l'huile de foie de morue, etc.; le sulfate de quinine ;

Les émissions sanguines, les purgatifs répétés, les diaphorétiques (traitement de Schilling, Java 1770 : cette médication aurait obtenu de nombreux succès) ;

Les bains sulfureux, les bains de vapeur ;

L'hydrocotyle ascétique (racine en décoction, poudre ou extrait ; action stimulante, diaphorétique et diurétique : succès obtenus par le docteur Boileau de l'île Maurice, 1852 ; résultats variables et plutôt négatifs par d'autres médecins) ;

Le suc d'assacou ou sablier élastique (*Hura crepitans*. Euphorbacée : suc irritant, drastique, stimulant cutané par élimination : bons effets constatés au Brésil) ;

Le suc de l'antepias gigantea, le veratrum noir, le baume de gurgun (Woodoil, *Dipterocarpus turbinatus*, Inde) ;

L'huile de la noix d'acajou, (*anacardium occidentale*: irritante, employée à l'intérieur comme stimulante, drastique et à l'extérieur comme modificatrice des ulcères : Antilles, Guyane, Venezuela, etc.)

L'huile de graines de chaulmoogrâ (*gynocardia odorata* bixacée, irritante, employée comme la précédente à l'extérieur et à l'intérieur : Inde, Mouhead ; la Réunion, Leclerc et Vinson : bons résultats d'après les médecins qui ont expérimenté le médicament (1)).

(1) On trouve dans les *Eléments de pathologie exotique* de M. Nielly (Paris, 1881) des renseignements très détaillés sur les médications les plus en vogue contre la lèpre.

La destruction par le feu ou par les caustiques doit aussi rentrer dans la catégorie des moyens empiriques ; je ne comprends guère son utilité dans une maladie que caractérisent des manifestations cutanées de sièges si multipliés et si divers, manifestations d'ailleurs accompagnées d'infiltrations tuberculeuses à l'intérieur des viscères et engendrées sous l'influence d'une altération des centres nerveux trophiques.

Les moyens rationnels reposent sur des appréciations nettement formulées d'ordre anatomo-pathologique. Ils comprennent :

1° Des modificateurs des centres nerveux : les agents qui appartiennent à ce groupe s'attaquent aux lésions dominantes de la maladie : ce sont le bromure de potassium, dont l'action sur la moelle s'exerce par l'intermédiaire des vaisseaux et de la circulation (les succès obtenus par le sulfate de quinine trouveront peut-être leur explication dans l'analogie d'action de ce médicament avec le bromure de potassium) ; la strychnine, qui agit directement sur les éléments nerveux de la substance grise (l'écorce du strychnos nux vomica, slèng-thom, est employée comme remède contre la lèpre au Cambodge.

Le hoang-nau de la Chine méridionale et du Tonquin n'a d'autre action que celle de la strychnine qu'il renferme : il doit donc cesser d'être regardé comme un médicament empirique, puisqu'il est susceptible d'être administré pour satisfaire à une indication précise) ; l'électricité, etc.

2° Des anti-parasitaires : les agents de cet ordre ont pour but la destruction dans le sang, de la bactérie que l'on considère comme la cause de la lèpre ; le plus employé est l'acide phénique, qui jusqu'à ce jour, ne paraît pas avoir répondu aux espérances du plus grand nombre.

Quelle que soit la médication adoptée, on pansera

chaque jour les ulcérations avec les topiques appropriés (solution d'acide phénique, eau-de-viecamphrée, etc.), et l'on veillera à ce que le malade soit placé dans les meilleures conditions d'hygiène (habitation bien aérée, vestiture suffisante contre le froid et l'humidité, bonne alimentation, distraction du corps et de l'esprit).

Vu :

PAR LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Le 14 juin 1882.

FELTZ.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 juin 1882.

LE RECTEUR,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Danielsen et Bœck : *Traité de la spedalskhed ou Elephantiasis des Grecs*. Paris, 1848. Traduit par Nogaret.

Duchassaing : *Mém. sur l'Eléphantiasis des Arabes et sur la Spiloplaxie indienne* ; Arch. génér. de Méd. 1854.

Delieux de Savignac : *De la spedalskhed et de la Radesygge* ; Arch. gén. de Méd. 1857.

Brassac : *Les Elephantiasis, Eléphantiasis des Grecs* ; Arch. de Méd. nav. 1866. 2^e semestre.

Brassac : *Une mission médicale à Cumana* ; Arch. de Méd. nav. 1875. 2^e semestre.

Malassez et Lamblin : *De la Lèpre* ; Th. de Paris, 1871.

J. Cavasse : *Contr. à l'étude de la lèpre aux Antilles et dans le Levant* ; Th. Paris. 1881.

(Grasset : *Lèpre et sclérodémie* ; Gaz. hebd. 1879, n^o 58.)

Bazin, Hebra, Neumann : *Traité des maladies de la peau*.

Rocheport : *La Bactérie de la lèpre* ; Arch. de Méd. nav. 1880, d'après les travaux de J. Hausen.

Chatel : *Thèse sur l'emploi du chaulmoogra* ; th. de Paris, 1880.

W. Alexander : *Mémoire sur quelques formes rares de maladies, s'accompagnant de troubles des nerfs trophiques* ; (case 2. — Eleph. Græc. reliavet by the administration of chaulmoogra. *The Lancet* June 18. 1881.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Des extraits de viande.
- 2° PHYSIQUE. — De la balance ; ses applications en médecine.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Groupe des Rosiflores : Division en familles. Drogues fournies par ce groupe.
- 4° ANATOMIE. — Nerfs du cœur.
- 5° HISTOLOGIE. — Du tissu conjonctif.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des nerfs du goût.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Fractures des côtes.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des différentes formes de la fièvre typhoïde.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Inflammation des muqueuses.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Traitement de la sciatique.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Section du nerf lingual.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Extraction de la tête fœtale après arrachement du tronc.
- 13° HYGIÈNE. — Aération des habitations.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Des monstruosités de la tête, classification, influence sur la viabilité.

